

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju

Diplomski sveučilišni studij psihologije (jednopedmetni)

Ana Reljić

**Suočavanje s bolešću i kvaliteta života onkoloških
bolesnika**

Diplomski rad

Zadar, 2018.

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju

Diplomski sveučilišni studij psihologije (jednopedmetni)

Suočavanje s bolešću i kvaliteta života onkoloških bolesnika

Diplomski rad

Student/ica:

Ana Reljić

Mentor/ica:

Doc.dr.sc. Marina Nekić

Zadar, 2018.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Ana Reljić**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Suočavanje s bolešću i kvaliteta života onkoloških bolesnika** rezultat mogea vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mogea rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mogea rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 5. srpnja 2018.

Veliko hvala mojoj prekrasnoj mentorici koja je uvijek bila spremna pomoći, odgovoriti na sva moja pitanja i nedoumice.

Srdačno hvala dr.Grubišiću Čabi, dr.Telesmanić Dobrić i ostalim djelatnicima medicinskih ustanova koji su mi pomogli prikupiti i anketirati ispitanike

Hvala dragim prijateljicama: mome Priksiju i ostalim psihodjevojkama koje su zajedno sa mnom prolazile praktikume, kolokvije, ispite, ali i koje su mi studentske dane učinile puno ljepšima i zabavnijima.

Od srca hvala mojim curama van faksa (Andrei, Karli, Ivani, Tei) koje su bile spremne slušati i razumjeti me i onda kad nisu znale što znači da nešto nije statistički značajno.

Hvala mojim gestalt curama koje su uvijek bile tu, a pomogle su mi svaki moj problem pretvoriti u izazov.

Toplo hvala mome Anti koji mi je sve ove godine bio oslonac i trudio se svaki moj stres učiniti manjim.

Hvala mojoj obitelji, mojim roditeljima, sestri, braći i teti, koji su mi izvor neizmjerne snage i podrške, ali ne samo sada, već cijeli život.

Na kraju, najveće hvala mojim sudionicima, *superherojima*, koji danas ovdje uz nas vode svoje životne bitke!

Hvala vam svima, bez vas i vaše podrške ovo ne bi bilo moguće!

Voljena moja teto,

uživaj tamo negdje gdje je nebo boje tople karamele, a zrak ispunjen mirisom svježih mandarina jer tamo je „život neograničen u svom trajanju, ljubav u svojoj simpatiji, a radost u svojoj punoći“!

Hvala ti što si mi ostavila toliko lijepih uspomena i ovaj neizmjeran osjećaj ljubavi i bliskosti.

Ti si moj superheroj!

Zauvijek s ljubavlju,

Tvoja Ankitos!

„Ne diči se, smrti. Iako te neki moćnom i strašnom smatraju, ti to nisi. One za koje misliš da ih satra ne umiru, jedna smrti. Nit` ćeš ubit mene. Nakon počinaka kratkog budni za vječni smo svijet i smrti više neće biti, ti ćeš, smrti, umrijeti.“

...jer smrt je samo zarez, pauza.

Sadržaj

Sažetak.....	1
Summary.....	2
1. Uvod	3
1.1. Stadiji i liječenje raka	4
1.2. Leventhalov samoregulacijski model percepcije bolesti i zdravstvenog ponašanja	5
1.2.1. Procjena boli	7
1.2.2. Uvjerjenja o zdravstvenoj prijetnji ili percepcija bolesti	9
1.2.3. Strategije suočavanja	11
1.2.4. Emocionalni odgovor na zdravstvenu prijetnju	13
1.3. Kvaliteta života	16
2. Polazište i cilj istraživanja	18
3. Problemi i hipoteze	19
4. Metoda	20
4.1. Sudionici	20
4.2. Mjerni instrumenti	22
4.2.1. Upitnik općih podataka o ispitaniku	22
4.2.2. Kratki inventar boli (<i>Brief Pain Inventory</i> – BPI, Cleeland i Ryan, 1994) ...	22
4.2.3. Revidirani upitnik percepcije bolesti (<i>The Illness Perception Questionnaire</i> – IPQ-R, Moss-Morris, Weinman, Petrie i Buick, 2002)	23
4.2.4. Skraćena verzija upitnika suočavanja sa stresom (<i>Short version of coping inventory</i> , Hudek-Knežević i Kardum, 1993)	24
4.2.5. Upitnik bolničke anksioznosti i depresivnosti (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> – HADS, Zigmond i Snaith, 1983)	25
4.2.6. Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije (<i>World Health Organisation Quality of Life-Bref</i> , The WHOQOL Group, 1998)	26
4.3. Postupak	27
5. Rezultati	28
6. Rasprava	37
7. Zaključci	45
8. Literatura	46
9. Prilozi	57
9.1. Prilog 1	57
9.2. Prilog 2	59

Suočavanje s bolešću i kvaliteta života onkoloških bolesnika

Sažetak

Rak je životno ugrožavajuća bolest koja je nerijetko popraćena intenzivnim emocionalnim doživljajima koja utječu na psihološko i socijalno funkcioniranje pacijenta, ali i njegove bližnje. Prilikom samog upoznavanja pacijenta s dijagnozom maligne bolesti kod osoba se javljaju intenzivne emocionalne reakcije (Gregurek i Braš, 2008). Emocionalne i psihološke reakcije su brojne, a one koje se najčešće pojavljuju uz dijagnozu raka su anksioznost i depresivnost (Stanimirović, 2017; Jurić, Jonjić i Miličević, 2016). Međutim, postoje velike individualne razlike u načinu doživljavanja i suočavanja s bolešću što može imati različite efekte na psihološke ishode. Upravo je zbog navedenog svrha ovog rada bila ispitati odnos strategija suočavanja pacijenta te percepcije vlastite bolesti i kvalitete života, anksioznosti i depresivnosti te osobe. U istraživanju su sudjelovale 84 osobe oboljele od raka. Ispitanici su prvo ispunjavali Upitnik općih podataka zatim su slijedili upitnici: Kratki inventar boli, Upitnik percepcije bolesti, Upitnik dispozicijskog i situacijskog suočavanja sa stresom, Ljestvica bolničke anksioznosti i depresivnosti te Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije. Rezultati su pokazali kako pojedini aspekti percepcije bolesti imaju značajan doprinos objašnjenju kvalitete života, anksioznosti i depresivnosti onkoloških pacijenata. Utvrđeno je da percepcija veće osobne i medicinske kontrole bolesti uz manje emocionalnih reprezentacija predviđa bolju kvalitetu života. Percepcija viših razina emocionalnih reprezentacija predviđa više razine anksioznosti, dok percepcija viših razina emocionalnih reprezentacija i ozbiljnijih posljedica bolesti (značajan utjecaj bolesti na financijsko stanje, život općenito) predviđa više razine depresivnosti pacijenta. Također, dobiveno je kako strategije suočavanja nisu u korelaciji s kvalitetom života, anksioznošću i depresivnošću.

Ključne riječi: rak, kvaliteta života, anksioznost, depresivnost, percepcija bolesti, strategije suočavanja

Coping with the illness and quality of life of oncological patients

Summary

Cancer is a life-threatening disease that is often accompanied by intense emotional experiences that affect the psychological and social functioning of the patient, but also his/her loved ones. Intensive emotional reactions occur since the patient has been acquainted to his malignant illness (Gregurek & Braš, 2008). Emotional and psychological reactions are numerous, and those most frequently associated with cancer diagnosis are anxiety and depression (Stanimirović, 2017; Jurić, Jonjić & Milicevic, 2016). However, differences of experiencing and dealing with the disease that may have diverse effects on psychological outcomes are individual. Therefore, the purpose of this research was to examine relationship between the patient's coping strategies, perception of his own illness and his quality of life, anxiety and depression. The study included 84 patients suffering from cancer. The respondents first filled out: The Questionnaire on general respondent data followed by questionnaires: Brief Pain Inventory (BPI, Cleeland & Ryan, 1994), The Illness Perception Questionnaire (IPQ-R, Moss-Morris, Weinman, Petrie & Buick, 2002), Short version of coping inventory (Hudek-Knežević & Kardum, 1993), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond & Snaith, 1983) and World Health Organisation Quality of Life-Bref (The WHOQOL Group, 1998). The results showed that certain aspects of illness perception are significant predictors of the quality of life, anxiety and depression of oncological patients. Furthermore, results of research established that the perception of greater personal and medical control of disease with less emotional representations anticipates better quality of life. Perception of higher levels of emotional representation predicts higher levels of anxiety, while perception of higher levels of emotional representation and more serious consequences of illness (significant influence of disease on financial condition, life in general) predicts higher levels of depression of the patient. Additional findings included, results of coping strategies are not correlated with quality of life, anxiety and depression.

Keywords: cancer, quality of life, anxiety, depression, illness perception, coping strategies

1. Uvod

*“Najveća je pogreška u liječenju bolesti postojanje
liječnika za tijelo i liječnika za dušu
iako se tijelo i duša ne mogu razdvojiti.”
Platon*

Onkologija (grč. onkos = gomila, masa + logos = nauka, znanje, učenje) je grana medicine koja se bavi prevencijom, dijagnozom i terapijom raka. Još je davne 400-te godine prije nove ere Hipokrat, „otac” medicine, prvi dao naziv „rak“ malignoj bolesti (Klikovac, 2014). Rak se ne odnosi samo na jednu bolest već je to termin kojim se označava velika skupina bolesti. Glavna karakteristika svih tih bolesti je proces samostalnog razvijanja abnormalnih stanica koje se ne uspijevaju diferencirati u stanice tkiva i organa. Prilikom razvijanja neke od njih ostaju lokalizirane u određenom dijelu tijela te se njih naziva benignim. Ostale se šire od primarnog mjesta preko krvotoka u druge dijelove tijela te se tada govori o metastaziranju tumora, a sam tumor je malignan (Havelka, 2011). Stanice raka ugrožavaju organizam ulazeći u krvne stanice te na taj način i u sam krvotok. U trenutku kad je organizam dovoljno oslabljen, stanice raka prolaze kroz krvne kanale te napadaju glavni čovjekov obrambeni mehanizam, meka tkiva. Načini ovakvog djelovanja nisu u potpunosti istraženi, međutim vodeći se dosadašnjim istraživanjima može se reći kako stres, slabeći imunološku reakciju organizma, pospješuje širenje raka (Havelka, 2011). Ukoliko se rak proširi i uoči se pojava metastaza u udaljenim organima to ukazuje na IV. stadij raka (zadnji stadij) – u kojem je rak najagresivniji za organizam (Vrdoljak i sur., 2013).

Jedna od najvećih komplikacija i poteškoća je sprječavanje širenja zloćudnih stanica obzirom da one imaju neuobičajene površinske značajke pa ih protutijela često „ne prepoznaju“ i izazivaju slabu imunološku reakciju (Havelka, 2011).

Općenito, rak je glavni svjetski javnozdravstveni problem (Siegel, Miller i Jemal, 2016) te je drugi vodeći uzrok smrti poslije bolesti krvnih žila i srca (Šekerija, 2015), a može se pojaviti na bilo kojem dijelu tijela (Chambers i sur., 2002). Kod muškaraca najčešće vrste raka su rak traheja, bronha i pluća, prostate, kolona, mokraćnog mjehura i

rektuma, rektosigme i anusa. Dok su kod žena najčešći rak dojke, kolona, traheja, bronha i pluća, tijela maternice i rektuma, rektosigme i anusa (Šekerija, 2015).

1.1.Stadiji i liječenje raka

Stadij raka se odnosi na njegovu veličinu i znanje o njegovoj raširenosti (Frederick i sur., 2002). Prilikom određivanja stadija raka za klasifikaciju se mogu koristiti različiti pristupi. Neki od njih su primjenjivi za različite vrste raka dok su drugi primjenjivi samo za određeni tip. Međutim, bez obzira o kojoj se klasifikaciji radi većina ih uključuje informacije poput lokacije tumora u tijelu, tipa stanice (kao što je adenokarcinom ili karcinom pločastih stanica), veličinu tumora te informacije o širenju na obližnje limfne čvorove ili druge dijelove tijela (Frederick i sur., 2002).

Najpoznatija od svih klasifikacija je TNM klasifikacija. Njome se stadij raka utvrđuje preko 3 dimenzije: veličine i promjer tumora (T), uključivanja limfnih čvorova (N) i prisutnosti udaljenih metastaza (M). Nakon definiranja T, N i M klasifikacija, dodjeljuje se stupanj 0, I, II, III ili IV (Siegel i sur., 2012).

Stadij 0 uključuje prisutnost abnormalnih stanica, ali se one nisu širile u obližnje tkivo. Stadiji I, II i III označavaju prisutnost raka te veći broj zapravo ukazuje na veći rak koji se više proširio u okolna tkiva. Posljednji stadij, stadij IV, označava postojanje metastaza u udaljenim organima te u tom stadiju rak ima najveću agresivnost (Vrdoljak i sur., 2013).

O stadiju raka ovisi i način njegova liječenja. Generalno, postoje tri glavna načina: liječenje operacijom (kirurško), liječenje lijekovima (kemoterapija, ciljana terapija, imunoterapija, hormonska terapija) i zračenje (Šamija, 2005). Zbog nedostataka korištenja i ograničenja samo jednog načina liječenja, u liječenju potreban je potreban multidisciplinarni pristup, aktivna participacija pacijenta i stalna komunikacija među članovima tima. Također, emocionalna podrška i empatija pacijentu od strane medicinskoga osoblja izrazito je važna tijekom svih faza liječenja (Gregurek i Braš, 2008).

Međutim, usprkos napretku medicine i načinima liječenja, broj novooboljelih od raka u svijetu od 1950. do 2005. godine je porastao kao posljedica starenja stanovništva u brojnim zemljama te ljudskom izlaganju različitim rizičnim faktorima (pušenje, neredovita i neadekvatna prehrana, tjelesna neaktivnost, karcinogeni) (Gregurek i Braš, 2008). Samo u

Hrvatskoj broj novooboljelih s invazivnim rakom je 2014.godine bio 21 434 ljudi, a polovica od tog broja godišnje umre (Šekerija, 2016).

Rak je izuzetno teška bolest, šanse za uspješno liječenje uvelike ovise o vrsti raka te fazi kad je isti dijagnosticiran. Otprilike svaka druga osoba oboljela od raka se uspješno izliječi, ali čak i u tom slučaju posljedice liječenja i sama spoznaja da je osoba imala rak može ostaviti značajne psihičke posljedice (Ganz, 2001). Preciznije govoreći, zbog prirode bolesti tijekom koje se pacijenti često suočavaju s brojnim psihološkim problemima poput emocionalne nestabilnosti (anksioznost, strah, zabrinutost, tuga), neizvjesnosti, promjene perspektive o budućnosti, prijetnje mogućom smrti, osjećaja usamljenosti, napuštenosti, marginalizacije i stigmatizacije, itd.(Babin i sur., 2008; Sadiković, 2016). Osobama koje su oboljele od raka potrebna je skrb koja uz medicinske tretmane uključuje i psihosocijalnu pomoć i potporu (Jurić, Jonjić i Miličević, 2016; Prstačić i sur., 2004). Upravo ti psihički čimbenici, uz početni stadij, histološki tip (klasifikacija tumora s obzirom na karakteristike stanica i ostalih struktura pod mikroskopom), stupanj malignosti i način liječenja, utječu na samu uspješnost medicinske terapije (Gregurek i Braš, 2008).

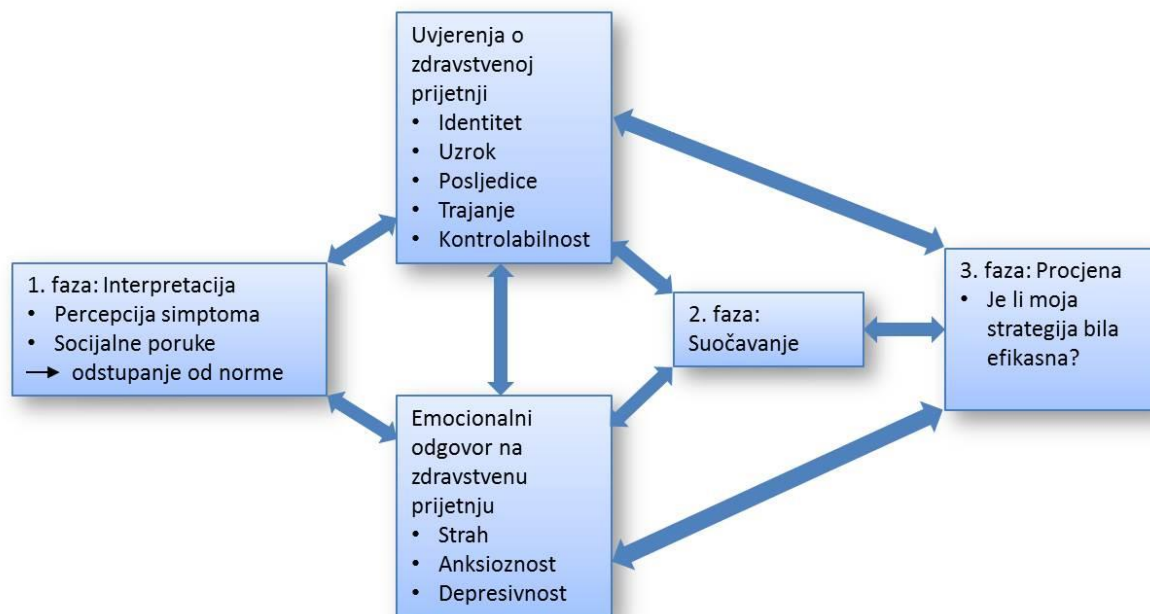
Zbog navedenog, posljednjih četrdesetak godina javila se sve veća potreba za osnivanjem posebne discipline, odnosno javila se potreba za psihoonkologijom. Područja njezinog djelovanja su usmjerena na emocionalne reakcije osoba oboljelih od raka kao i članova njihovih obitelji, ali i na proučavanje psiholoških i biheviornalnih faktora koji utječu na rizik pojave raka i njegovo preživljavanje (Gregurek i Braš, 2008).

Sve su potrebna nova interdisciplinarna istraživanja koja bi mogla pomoći u boljem razumijevanju nastanka i razvoja raka, ali također i u razjašnjavanju udjela kojeg psihološki činioci imaju u samim procesima nastanka, razvoja, ali i liječenja raka (Havelka 2011).

1.2.Leventhalov samoregulacijski model percepcije bolesti i zdravstvenog ponašanja

Istraživanja koja se bave pacijentovim uvjerenjima o bolesti većinom se temelje na Leventhalovom zdravorazumskom modelu bolesti. Prema njemu osobe izgrađuju shematske reprezentacije bolesti i zdravstveno rizičnih stanja prema konkretnim i apstraktnim izvorima informacija koji su im dostupni (Leventhal i sur, 1980; Weinman i Petrie, 1997) te je osnova emocionalne reakcije i zdravstvenog ponašanja zapravo način na koji osoba percipira bolest i prijetnju zdravlju (Jokić-Begić, Bagarić i Jurman, 2015).

Leventhal i suradnici su u istraživanju iz 1984. razvili Samoregulacijski model kojim su opisali proces reagiranja na percipiranu zdravstvenu prijetnju (*Slika 1*). Model se sastoji od *tri faze*: faze tumačenja ili interpretacije, faze suočavanja i faze procjene (Leventhal, Brissette i Leventhal, 2003).



Slika 1 Leventhalov samoregulacijski model percepcije bolesti i zdravstvenog ponašanja (1984)

U prvoj fazi, *fazi interpretacije*, osoba se može suočiti s problemom potencijalne bolesti kroz kanal percepcije simptoma („bole me leđa“) ili socijalne poruke („liječnik dijagnosticira tu bol kao metastatski karcinom“). Pojedinaac tada nastoji uložiti sve svoje napore, odnosno motiviran je, kako bi se što prije vratio u stanje bez boli i bolesti. U toj fazi počinje se pripisivati značenje problemu, razvija se percepcija o samoj bolesti. Ova različita uvjerenja o „problemu“ omogućuju pojedincu da razvije i uzme u obzir primjerene strategije suočavanja. Međutim, uvjerenje o bolesti nije jedina posljedica percepcije simptoma i socijalnih poruka. Pacijenti također počinju pokazivati promjene u emocionalnom stanju. Na primjer, opažanje simptoma boli i primanje socijalne poruke da se ova bol može povezati s karcinomom može rezultirati anksioznošću. Stoga, sve se strategije suočavanja moraju odnositi na samo uvjerenje, percepciju o bolesti, ali i na emocionalno stanje pojedinca (Ogden, 2017).

U idućoj fazi, *fazi suočavanja*, razvijaju se i identificiraju različite, odgovarajuće strategije suočavanja. Postoje dvije široke kategorije suočavanja koje uključuju mnoštvo drugih strategija, a to su: *strategija usmjerena na problem* i *strategija usmjerena na*

emocije. Strategija suočavanja usmjerena na problem odnosi se na nastojanje da se situacija izmijeni i da se ukloni izvor stresa, a suočavanje usmjereno na emocije se temelji na ublažavanju efekata negativnih emocija koje stresor izaziva (Lazar i Folkman, 1984). Kada se suoči s problemom bolesti, pojedinac će stoga razviti strategije suočavanja u pokušaju da vrati svoje zdravlje u prvobitno stanje.

U posljednjoj fazi, *fazi procjene*, pojedinac procjenjuje učinkovitost vlastite strategije suočavanja (Ogden, 2017).

Leventhalov model je dobro oblikovana teorija za razumijevanje kako su kognitivne reprezentacije, uvjerenja, koja pacijenti stvaraju o svojoj bolesti povezani sa suočavanjem i prilagodbom. Percepcije bolesti su važne za proučavanje jer se pacijenti često prilagođavaju i upravljaju svojim bolestima na temelju tih percepcija više nego na temelju kliničkih obilježja njihove bolesti (Vitulić, 2017).

1.2.1. Procjena boli

Bol se učestalo definira kao neugodan senzorni i emocionalni doživljaj povezan sa stvarnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva kao posljedica traume, bolesti ili lezije, uključujući rast tumora unutar tkiva ili živaca (Falk i Dickenson, 2014; Harvey, 1995). Karcinomska je bol najintenzivnija u kliničkoj praksi opisana vrsta boli i jedan je od najčešćih simptoma karcinomske bolesti (Dobрила-Dintinjana, Vukelić i Dintinjana, 2014).

Kod osoba oboljelih od raka bol može biti akutna ili kronična. Akutna bol je posljedica oštećenja uzrokovana ozljedom i obično traje samo kratko vrijeme. Na primjer, neka operacija može uzrokovati akutnu bol te takva bol prođe onda kada se rana zaliječi, a u međuvremenu pomažu lijekovi protiv bolova. S druge strane, kronična bol je uzrokovana promjenama živaca. Živčane promjene mogu biti potaknute pritiskom karcinoma na živce, ali također mogu biti uzrokovane samom terapijom kojom se rak liječi (Campbell, 2011).

Prevalencija boli ovisi o vrsti raka i stadiju (Nuhu i sur., 2009). Najčešći izvor boli su metastaze na kostima, a oko 60% pacijenata s naprednim tumorom doživljava ovu bol (Foley, 2004). Međutim, karcinomska bol je kompleksan fenomen koji uključuje cijelu osobnost, afektivno, kognitivno, ponašajno, duhovno i socijalno stanje pacijenta. Tako je Cicely Saunders stvorila naziv „ukupna bol“ (eng. „total pain“) (Saunders, 1966; prema Gregurek i Braš, 2008). Novije studije ukazuju da kod pacijenata sa zloćudnim tumorima psihološki aspekt boli zauzima važno mjesto. Pritom su važne tri komponente koje se

odnose na kognitivni aspekt (značenje boli za pacijenta), emocionalni aspekt (patnja pacijenta) i socijalni aspekt (njegova okolina, obitelj, bližnji) (Gregurek i Braš, 2008).

Unatoč brojnim i jasnim smjernicama onkološkim pacijentima za liječenje boli uzrokovane rakom, ona je i dalje značajan, uznemirujući simptom (Greco i sur., 2014) koji utječe na funkciju i kvalitetu njihovog života (Bostrom i sur., 2004; Cleeland i sur., 2000). Postoji konsenzus između liječnika i pacijenata da više od 60% osoba oboljelih od raka, naročito onih koji boluju od uznapredovalog stadija bolesti, pati i osjeća bolove (Dietrich i Ramachandran, 2017; Thomason i sur., 1998). Taj intenzitet boli o kojem izvještavaju pacijenti pozitivno je povezan s depresijom (Santos i sur., 2014), ali neke studije pokazuju kako je on i važan prediktor preživljavanja jer dovodi do napretka metastatskih bolesti (Zaza i Baine, 2002)

Općeprihvaćeni je dogovor o važnosti procjene intenziteta boli procjena boli iz pacijentove perspektive budući da je to osnovna dimenzija i potreban korak prema propisivanju analgetika. Promjene u boli tijekom vremena također su ključni za procjenu odgovora na terapiju. Stoga, kao temeljni dio evaluacije boli, najbolje je upotrijebiti numeričku skalu koja se odnosi na prethodna 24 sata (Kaasa, Apolone i Klepstad, 2011) u kojoj se ispituje pacijentov subjektivan osjećaj boli.

Međutim, usprkos visokom postotku osoba koje trpe bol povezane s bolešću, u dosadašnjim nalazima je utvrđeno kako bol često ostaje nedijagnosticirana, neprimjereno liječena ili neizgovorena od strane pacijenata (Weiss, 2001). Preciznije rečeno, postoji mnoštvo prepreka u ublažavanju boli povezane s rakom. Neki od razloga su povezani s liječnicima i zdravstvenim sustavom dok se drugi povezuju sa samim pacijentima.

Liječnici su svjesni kako je njihovo znanje što se tiče boli koju doživljavaju pacijenti nedovoljno (Warncke, Breivik i Vainio, 1994), a zdravstveni sustav na globalnoj razini donosi barijeru u obliku općeg neuspjeha medicinskog sustava da uključi ciljeve palijativne skrbi i boli kao dio primarne terapije u liječenju pacijenata (Maxwell, 2012).

Što se samih pacijenata tiče, oni ne izvještavaju iskreno o boli s kojom se suočavaju kako ne bi zamarali svoje liječnike te smatraju kako to nije bitno za sam proces liječenja. Nadalje, dodatan razlog, koji je ujedno možda i najznačajniji razlog prešućivanja boli, je često i strah da bol zapravo znači progresiju bolesti, a to je osobito izraženo onda kada medicinsko osoblje podcjenjuje bol koju pacijent osjeća (Nuhu i sur., 2009). Naime, taj strah nije iracionalan jer je bol često simptom širenja bolesti koju si pacijenti ne žele priznati (Twycross, 1997). Pacijenti tada svoju bol iskazuju na različite načine i na taj se

način nose sa svojom bolešću. To je dodatno opterećenje za medicinske djelatnike i obitelji koji bi trebali to primijetiti kako bi znali pristupiti pacijentu na adekvatan način.

Adekvatna procjena i liječenje boli su ključni jer je bolno iskustvo pacijenata s rakom povezano s depresijom, anksioznošću, strahom, negativnim raspoloženjem i idejama o samoubojstvu (Ozdemiroglu i sur., 2017; Torresan i sur., 2015; Hong i Tian, 2014).

1.2.2. Uvjerenja o zdravstvenoj prijetnji ili percepcija bolesti

Generalno govoreći, ljudi o svemu u svijetu stvaraju mentalne reprezentacije pa tako i o svom zdravlju. Mentalne reprezentacije ili percepcije bolesti su organizirani kognitivni prikazi ili vjerovanja koja pacijenti imaju o svojoj bolesti. One su bitne odrednice ponašanja i povezane su s nizom važnih ishoda, kao što je rezultat samog liječenja i funkcionalni oporavak pacijenta (Leventhal i sur., 1997, prema Petrie, Jago i Devcich, 2007). Pacijenti se jako razlikuju u svojoj emocionalnoj reakciji na bolest. Neki se dobro „nose” s teškom bolešću dok kod pojedinih čak i najmanji simptomi mogu uzrokovati emocionalne probleme koji potom utječu na načine suočavanja (Hopman i Rijken, 2015).

Percepcije bolesti se temelje na osobnom iskustvu koje je osoba oboljela od raka stekla te na interpretiranju informacija i one nisu nužno povezane s objektivnim čimbenicima bolesti (Huston i Houk, 2011). Nadalje, u početku se navodilo kako se percepcije bolesti sastoje od sljedećih pet komponenti: *identitet* (značenja koja osoba pripisuje svojoj bolesti i simptomima), *uvjerenja o uzroku bolesti*, *uvjerenja o posljedicama* (koje će posljedice bolest ostaviti na život osobe), *uvjerenja o trajanju bolesti i njezinoj kontrolabilnosti* (vjerovanja o ishodima do kojih će bolest dovesti, učinkovitosti liječenja i mogućnosti da si osoba sama pomogne) (Leventhal, Phillips i Burns, 2016; Jokić-Begić i sur., 2015; Petrie i sur., 2007; Petrie i Weinman, 2006). Međutim, u novijim istraživanjima došlo je do podjele dimenzija trajanja i kontrolabilnosti, ali i do uvođenja nekih novih dimenzija poput *koherencije bolesti (razumijevanja bolesti)* i *emocionalne reprezentacije* (Moss-Morris, 2002).

Home (1997) je sadržaj dimenzije kontrolabilnosti podijelio na *osobnu kontrolu* i *medicinsku kontrolu (liječenje)*. Osobna kontrola više se odnosi na to koliko pacijent smatra da svojim ponašanjem i načinom odnošenja prema bolesti može kontrolirati bolest i utjecati na istu, dok se medicinska kontrola bazira na pacijentovo vjerovanje koliko mu

liječnici i lijekovi mogu pomoći. Oni pacijenti koji vjeruju kako je njihova bolest kontrolabilna, od strane lijekova ili njih samih, izvještavaju o višim razinama zadovoljstva terapijom (Llewellyn, McGurk i Weinman, 2007), nižoj razini depresivnosti i boljoj kvaliteti života (Downe-Wamboldt i sur., 2006; Rozema i sur., 2009), ali i o percepciji kraćeg trajanja bolesti (Moss-Morris, 2002). Također, pacijentovo uvjerenje o kontrolabilnosti bolesti je u pozitivnoj korelaciji s aktivnim strategijama suočavanja usmjerenima na problem (Orbell i sur., 2008) što također utječe na kvalitetu pacijentovog života. Preciznije, vjerojatnije je da će osoba oboljela od raka promijeniti svoja ponašanja (npr. započeti s vježbanjem, prestati pušiti, itd.) ako vjeruje kako upravo ta ponašanja mogu poboljšati njegovo stanje (Rabin i Pinto, 2006). Suprotno tome, kada pacijent ne percipira svoju bolest kontrolabilnom, veća je vjerojatnost da će se kasnije obratiti liječniku za pomoć te će se općenito manje pridržavati liječničkih preporuka (Awasthis, Mishra i Shahi, 2006).

Dimenzija trajanja je također podijeljena na dvije dimenzije u novijim istraživanjima i to na dimenziju vjerovanja o trajanju bolesti (*akutno/kronično trajanje*) i dimenziju vjerovanja u fluktuaciju simptoma i vremenskoj promjenjivosti bolesti (*ciklično trajanje*) (Moss-Morris, 2002). Pacijenti koji imaju negativniju percepciju bolesti izvještavaju o više poteškoća prilikom nošenja s bolešću i o manje fleksibilnosti prilikom prilagodbe na istu (Hagger i Orbell, 2003). Navedeno se naročito odnosi na pacijente koji povezuju veći broj simptoma sa svojom bolešću (tj. identitet bolesti), koji percipiraju više negativnih posljedica vlastite bolesti ili koji na svoju bolest gledaju kao na nešto dugotrajno. Ti pacijenti češće navode više razine anksioznosti i depresivnosti, slabiju kvalitetu života i lošije tjelesno zdravlje (Downe-Wamboldt, Butler i Coulter, 2006; Rozema, Vollink i Lechner, 2009; Thune-Boyle, Myers i Newman, 2006)

Koherencija bolesti je dimenzija koja je uvedena s ciljem bolje procjene sveukupnog značenja bolesti za pacijenta. Ona daje korisnu informaciju o tome kakav smisao pacijent daje svojoj bolesti te ima važnu ulogu u dugoročnoj prilagodbi i odgovoru na simptome (Moss-Morris, 2002). Ustanovljeno je kako svoje stanje bolje razumiju školovaniji pacijenti, ali i kako oni koji bolje razumiju svoju bolest koriste aktivnije strategije suočavanja usmjerene na problem (Fok, Chair i Lopez, 2005) te manje osjećaju strah, ljutnju i negativne emocije (Hirsch i sur., 2009).

Upravo navedene emocije straha, ljutnje, zabrinutosti spadaju u emocionalne reprezentacije, posljednju novouvedenu dimenziju percepcije bolesti. Emocionalne

reprezentacije su povezane s kognitivnim komponentama slike o bolesti te su izuzetno značajne za ponašanje pacijenta i razumijevanje tog ponašanja (Weinman i sur., 1996).

Generalno, kod osoba koje teško prihvaćaju svoju bolest, koje imaju negativniju percepciju bolesti i kod kojih postoji kontinuirana „borba“ s bolešću dolazi do sve izraženijih osjećaja anksioznosti, tuge, ljutnje koje im, paradoksalno, otežavaju borbu s istom i narušavaju kvalitetu života (Hagger i Orbell, 2003, Petriček, 2012).

Može se reći kako je pacijentovo viđenje bolesti bolji prediktor kvalitete života nego što su to same medicinske karakteristike bolesti (npr. stadij bolesti, trajanje,...) (Leventhal i sur., 2003). Zbog svega navedenog prilikom liječenja oboljelih od raka treba paziti na dva važna aspekta vezana za percepciju bolesti. Prvo, uvjerenja pacijenata o njihovom stanju često se razlikuju od uvjerenja njihovih liječnika. Zapravo, medicinsko osoblje obično nije svjesno pacijentovih ideja o vlastitom stanju. Drugo, percepcija pacijenata varira u velikoj mjeri. Čak pacijenti s istim zdravstvenim stanjem ili ozljedom mogu imati vrlo različite poglede na svoje bolesti (Petrie i sur., 2007). Način na koji pacijenti percipiraju svoju bolest od iznimne je važnosti jer o tome ovisi i vrsta, ali i stupanj korištenja određenih strategija suočavanja s bolešću (Hopman i Rijken, 2015).

1.2.3. Strategije suočavanja

Jedan faktor koji je dosljedno povezan s aspektom zdravlja i sveukupnom kvalitetom života je suočavanje. Suočavanje je složeni mentalni proces pomoću kojeg se osoba nosi sa stresom, rješava probleme i donosi važne odluke. Odnosno, to je emocionalni, kognitivni i bihevioralni odgovor pacijenta na bolest. Svaki se pacijent suočava s bolešću na sebi svojstven način (Jurić, Jonjić i Miličević, 2016).

Proces suočavanja uključuje barem dvije faze: *suočavanje* („Je li to nešto što bi me trebalo zabrinjavati?“) i *upravljanje* („Što mogu učiniti po tom pitanju?“) različitim aspektima bolesti (Šprah i Šoštarič, 2004).

Strategije suočavanja mogu igrati još važniju ulogu od medicinskih čimbenika povezanih s liječenjem u predviđanju kvalitete života pacijenta (Lehto, Ojanen, Kellokumpu-Lehtinen, 2005). Pretpostavlja se da je suočavanje, ne samo jedno od bitnih koncepata u određivanju kvalitete života već i snažno povezano reguliranjem emocija tijekom stresa (Folkman i Moskowitz, 2004). Međutim, još uvijek ne postoji jasan

konsenzus koje su strategije suočavanja najučinkovitije u rješavanju poteškoća i ublažavanju emocionalnih odgovora (Tuncay i sur., 2008).

Prema Lazarusovoj distinkciji dvije su osnovne strategije suočavanja. To su: *suočavanje usmjereno na problem* i *suočavanje usmjereno na emocije* (Lazar i Folkman, 1984).

Suočavanje usmjereno na problem se odnosi na nastojanje da se situacija izmijeni i da se ukloni izvor stresa. Osobe koje koriste ovu strategiju suočavanja nastoje definirati problem, pronaći alternativno rješenje, odabrati adekvatno rješenje, itd. (Ron i Rovner, 2014; prema Vuković, 2015). Međutim, potrebno je navesti i kako se, koristeći se ovom strategijom, ne nastoji utjecati samo na okolinu i promjenu okolinskih stresora, već je usmjerena i prema unutra (npr. učenje novih vještina i ponašanja). Suočavanje usmjereno na emocije se temelji na ublažavanju efekata negativnih emocija koje stresor izaziva. Ono je korisno ukoliko nemamo utjecaja na stresnu situaciju jer tako možemo poboljšati način na koji vidimo tu situaciju i kako se zbog toga osjećamo, a za cilj ima lakše podnošenje emocionalnog uzbuđenja izazvanog stresnom situacijom (Folkman i Lazarus, 1988; prema Vuković, 2015).

Ljudi se nikada ne opredjeljuju samo za jednu strategiju suočavanja, pa možemo govoriti samo o reakciji koja je kod njih dominantna u odnosu na strategije koje su manje izražene. Odnosno, uvijek su prisutne obje strategije suočavanja, ali u različitoj mjeri (Lehto i sur., 2005). Kada osoba smatra kako može nešto konstruktivno učiniti kako bi riješila problem, obično je dominantno problemu usmjereno suočavanje, a ako situaciju percipira kao bezizlaznu, obično je fokusirana na bavljenje emocijama. To nisu suprotni polovi istog kontinuuma i jedna strategija ne isključuje drugu te je također važno napomenuti kako su teške normativne klasifikacije suočavanja kao adaptivnog i neadaptivnog s obzirom da čimbenici poput stadija raka, vremena proteklog od dijagnoze, same dijagnoze mogu utjecati na to hoće li se strategija suočavanja smatrati povoljnom ili ne (Salander i Windahl, 1999).

Prema nekim autorima postoje pak tri glave skupine strategija suočavanja te uz strategije suočavanja usmjerene na problem i emocije postoji i skupina *strategija suočavanja izbjegavanjem* (Vulić-Prtorić, 2012). Strategija suočavanja izbjegavanjem je oblik suočavanja kojim se nastoji odmaknuti pažnja od izvora stresa ili nereagiranje na stresor (Kohlmann i sur., 1996; prema Tešanović, 2012). Preciznije, to su svi oblici suočavanja koje karakterizira nepoduzimanje nikakvih akcija usmjerenih na problem,

izbjegavanje kontakata s vanjskim svijetom, negiranje loših događaja koji se događaju, potiskivanje emocija, osamljivanje te prekomjerno konzumiranje droga i alkohola itd. (Župan, 2011).

Međutim, prema prijašnjim istraživanjima u dugoročno stresnim situacijama suočavanje usmjereno na emocije i izbjegavanje pokazane su lošijim strategijama nego one usmjerene na problem ili aktivne strategije (Lazar i Folkman, 1984). Upravo zbog toga, s obzirom da je suočavanje s rakom dugoročno stresna situacija, istraživanja pokazuju da i osobe oboljele od raka i one koje su se uspjele izliječiti procjenjuju kvalitetu života boljom i manje su depresivne ako su koristile aktivno strategiju suočavanja s problemom (bolešću), kao što je ponovna procjena ili prihvaćanje (Siwik i sur., 2017). S druge strane pacijenti koji su dugoročno koristili izbjegavanje kao strategiju suočavanja s bolešću izvještavali su o intenzivnijim osjećajima beznada i bespomoćnosti (Jadoulle i sur., 2006).

Strategija suočavanja izbjegavanjem može biti korisna jedino u nekim okolnostima, primjerice u situacijama palijativne skrbi, omogućavajući pacijentima da žive u sadašnjosti, uživaju u vremenu kada se dobro osjećaju i cijene vrijeme koje im je ostalo (Block, 2006).

Strategija suočavanja usmjerena na emocije povezana je s boljom kvalitetom života samo za one pacijente koji percipiraju kako njihova okolina prihvaća iskreno razgovaranje o njihovoj bolesti (Stanton i sur., 2000) dok je u drugim istraživanjima dobiveno kako je emocionalno orijentirano suočavanje zapravo pozitivno povezano s depresijom (Jadoulle i sur., 2006) te negativno s kvalitetom života (Danahauer i sur., 2009. Lehto i sur., 2005). Takav vid suočavanja, usmjeren na emocije, u početku se smatrao korisnim jer se pacijenti često potiču na izražavanje svojih osjećaja (Danahauer i sur., 2009). Međutim, na temelju već navedenog pitanje je kolika je zapravo njegova dugoročna korisnost.

1.2.4. Emocionalni odgovor na zdravstvenu prijetnju

Rak je životno ugrožavajuća bolest koja je nerijetko popraćena psihološkim proživljavanjima koja utječu na funkcioniranje, psihološko i socijalno, pacijenta, ali i njegovog okruženja. Prilikom samog upoznavanja pacijenta s dijagnozom maligne bolesti kod osoba se javljaju intenzivne emocionalne reakcije. Kod većine pacijenata ona je vezana uz određenu predodžbu koja s jedne strane ima realnu, a s druge strane metaforičku podlogu. Sukladno stvorenim predodžbama kod pacijenta se, ali i kod liječnika, pojavljuju

obrambeni mehanizmi koje je nužno poznavati i uvažavati u terapijskom procesu (Gregurek i Braš, 2008).

U trenutku dijagnoze svaki pacijent proživljava duboki psihološki distress koji obilježavaju teške emocije i brojna pitanja (Vukota i Mužinić, 2015). Svaki pacijent je individua za sebe, na različite se načine nosi s dijagnozom i na različite načine pokazuje ili ne pokazuje svoje emocije. Prema tome, svakom se pacijentu treba pristupiti na jedinstven način, pružajući mu, ne samo fizičku, nego i psihološku pomoć (Jurić, Jonjić i Miličević, 2016) jer upravo tako Svjetska zdravstvena organizacija definira zdravlje kao fizičko, psihičko i društveno blagostanje osobe (Štifanić, 2013).

Jedna od prvih reakcija pacijenta na samu spoznaju da boluje od raka jest strah (Gregurek i Braš, 2008). Psihičke posljedice dijagnostike i liječenja tumora (kirurško liječenje, kemoterapija, radioterapija, hormonalna terapija) mogu biti izrazito značajne. Posljedice se mogu očitovati na različite načine. Vrsta raka („vidljivi“ rak kao rak dojke ili oni „manje vidljivi“ kao što je npr. leukemija), njegove biološke karakteristike, stadij i utjecaji liječenja (npr. maligna bol, mučnina i povraćanje, gubitak kose, umor) uvelike oblikuju emocionalne odgovore pacijenata (Gregurek i Braš, 2008). Nadalje, rak može uvjetovati značajne promjene u tijelu i doživljaju tijela od strane pacijenta. Kod pacijenata su vidljive i druge promjene, a samo neke od njih su promjene u funkcionalnoj aktivnosti, osjećaj ovisnosti o pomoći drugih, utjecaj na seksualnost, itd. Nužno je da se pacijent nauči živjeti s bolešću i prilagodi joj se. Međutim, ne reagiraju svi jednako na spoznaju o bolesti (Vuković, 2016). Svatko zapravo reagira u skladu sa svojom strukturom ličnosti koja određuje njegov stupanj adaptacije. Bolest na različite načine ograničava pacijente, te je potrebno za svakog od njih ustanoviti koliko je ona u sukobu s njegovim željama i ambicijama, koliko izaziva negativne emocije okoline itd., kako bi mu se moglo pomoći na adekvatan način (Jurić, Jonjić i Miličević, 2016).

Mnogobrojne nuspojave liječenja, isto tako, ostavljaju trajne posljedice na pacijenta, a značajan problem predstavlja i pojava psihijatrijskih bolesti koje mogu pratiti ovu bolest. Psihološke reakcije su brojne, od psihološkog distresa (prevalencija 35 %), demoralizacije, osjećaja krivnje, nesanice, seksualnih poremećaja, afektivnih poremećaja i psihotičnih epizoda (Vuk Pisk i sur., 2017). Međutim, one najznačajnije koje se najčešće pojavljuju uz dijagnozu raka su anksioznost i depresivnost (Stanimirović, 2017; Jurić, Jonjić i Miličević, 2016).

1.2.4.1. Anksioznost i depresivnost

Anksioznost je odgovor na percipiranu prijetnju. Izražava se kao strah, nekontrolirana briga, nemir, napadaji panike i izbjegavanje ljudi i podsjetnika raka, itd. (Stark, 2000). To je uobičajena reakcija na karcinom, koja se može pojaviti od testova probira, čekanja rezultata testova, priopćavanja dijagnoze karcinoma, liječenja ili očekivanja povratka bolesti (Gregurek i Braš, 2008). Strah i nesigurnost javljaju se zbog mnogih pitanja koja se pacijentu nameću i upravo na tom području psiholog može pacijentu pružiti utjehu i osjećaj povjerenja (Vrinten i sur., 2016). Anksioznost povezana s karcinomom pojačava osjećaj boli, može pogoršati percepciju tjelesnih simptoma (poput nedostatka zraka u plućima) i posttraumatskih simptoma stresa (npr. izbjegavanje podsjetnika na rak), interferira sa spavanjem, te negativno utječe na kvalitetu života pacijenta. U određenim okolnostima anksiozni pacijenti mogu precijeniti rizike povezane s liječenjem i vjerojatnost lošeg ishoda, a neki od njih mogu razviti fobije i uvjetovano povraćanje zbog neugodnih tretmana poput kemoterapije (House i Stark, 2003; prema Šprah i Šošarić, 2004).

Intruzivne i neugodne tjeskobne misli koje često uključuju povratak bolesti, smrt ili onesposobljenosti mogu izazvati značajne poremećaje u koncentraciji, odlučivanju, spavanju i socijalnom funkcioniranju. Posljedično tome javljaju se ponašanja izbjegavanja razmišljanja o bolesti ili ponavljane provjere zdravlja i prisutnih simptoma što utječe zasigurno na stanje pojedinca, ali i njegove obitelji (House i Stark, 2003).

Nesigurnost, percipirani vanjski lokus kontrole, naučena bespomoćnost i percipirani gubitak često dovode do depresije. Za razliku od anksioznosti koja se javlja često odmah po otkrivanju bolesti, za razvoj depresije potrebno je više vremena. Dijagnoza raka i svijest o povezanim gubicima mogu dovesti do osjećaja sličnih žaljenju, tugovanju. Gubitak može biti povezan s izgubljenim dijelovima tijela (poput dojke ili kose), uloge u obitelji, društvu ili nadolazećim gubitkom života. Depresivnost je izraženija što je bolest teža te postoji više prisutnih simptoma poput boli. Međutim, očigledne kliničke znakove depresije često je teško razlikovati od samih simptoma koji nastaju zbog same bolesti te uslijed liječenja kemoterapijom i zračenjem (povraćanje, gubitak težine, umor, itd.) (Spiegel i Giese-Davis, 2003).

Razine depresije i anksioznosti u istraživanjima su bile više kod žena, kod onih s nižim dohotkom te nižim obrazovanjem, kod onih koji boluju od naprednih stadija bolesti

te onih koji su u remisiji. Međutim, utvrđeno je također i kako su niže razine depresivnosti kod onih pacijenata koji su upućeniji u svoju bolest te su dobili više povratnih informacija od svojih liječnika (Alacacioglu i sur., 2013).

Depresija i anksioznost prisutni su u 30-39% pacijenata s naprednim stadijima raka (Teunissen i sur., 2007). Ovi podaci ukazuju na potrebu istraživanja mentalnog zdravlja osoba oboljelih od raka jer simptomi anksioznosti i depresivnosti često ostaju neprepoznati što u konačnici može značajno utjecati na kvalitetu života pacijenata.

1.3.Kvaliteta života

Kvaliteta života vezana uz zdravlje još je jedan važan aspekt kvalitetne njege za pacijente s dijagnozom karcinoma u naprednim stadijima (Peppercorn i sur., 2011). Kvaliteta života prikazuje višedimenzionalnu sliku učinaka bolesti na fizičko, mentalno, funkcionalno i društveno stanje pacijenta te je subjektivna jer ovisi isključivo o pacijentovoj procjeni (Aaronson, Meyerowitz, Bard, 1991). Bolja kvaliteta života kod oboljelih od raka također je povezana s dužim životnim vijekom (Epplein i sur., 2011; Montazeri, 2008), osobito kod pacijenata s dijagnozom karcinoma kasnog stadija. Iako odrasli pacijenti s karcinomom u naprednoj fazi prolaze kroz različite probleme prilagodbe utvrđeno je da su žene pod većim rizikom za doživljavanje psihičkih tegoba nakon dijagnoze raka (Hodges, Humphris i MacFarlane, 2005). Utvrđeno je da osobne karakteristike više koreliraju s pacijentovom tjeskobom i ponašanjem, dok klinička svojstva pacijenata daju nedosljedne rezultate (McLean i Jones, 2007). Preciznije, osobe koje su u ranijoj životnoj dobi oboljele od raka izvještavale su o lošijoj kvaliteti života (Parker, Baile, De Moor i Cohen, 2003), o više depresivnih simptoma (Kissane i sur., 2004) te lošijoj psihološkoj prilagodbi na bolest tijekom vremena (Rose i sur., 2009). Suprotno tome, o boljoj kvaliteti života izvještavali su pacijenti s višim razinama školovanja (Parker i sur., 2003). U većini studija je utvrđeno kako medicinske karakteristike bolesti poput vrste raka i stadija raka nisu same po sebi dobar prediktor kvalitete života (Leventhal i sur., 2003; Rabkin i sur., 2009). Odnosno, istraživanja su pokazala da je ono što je "psihološki" ispravno često važnije u određivanju ponašanja i emocionalnih reakcija nego ono što je "medicinski" točno (Leventhal i sur., 2003).

Gledajući kvalitetu života prema dimenzijama fizičkog i psihičkog zdravlja te socijalnih odnosa istraživanja su pokazala kako pacijenti zapravo najlošijim procjenjuju

svoje fizičko zdravlje. Naročito je to vidljivo kada je kao način liječenja uključena kemoterapija (Regino i sur., 2017). Razlog leži u neselektivnosti kemoterapije koja ne djeluje samo na stanice raka već i na zdrave stanice što dovodi do brojnih nuspojava i tako narušava fizičko zdravlje pacijenata (Gregurek i Braš, 2008).

Značajan dio varijance kvalitete života pacijenata zauzima percepcija o simptomima povezanim s rakom i značenja bolesti. Percepcija simptoma i značenja bolesti pokazuju koliko ozbiljno pacijenti doživljavaju svoj rak te koliko on ometa njihovu sposobnost funkcioniranja. Preciznije, identitet bolesti pokazao se važnim prediktorom prilagodbe i kvalitete života kod osoba oboljelih od raka (Downe-Wamboldt i sur., 2006; Thune-Boyle i sur., 2006). Nadalje, utvrđeno je kako je percepcija kontrole važan prediktor psihološke prilagodbe i kvalitete života u pacijenata s dijagnozom raka (Downe-Wamboldt i sur., 2006; Rozema i sur., 2009).

Prethodnim studijama je također utvrđeno kako procijenjena kvaliteta života pacijenata uvelike ovisi i o broju kemoterapijskih ciklusa te trajanju same bolesti. Oni pacijenti koji su podvrgnuti kemoterapiji, a završili su tri ili više ciklusa kemoterapije i duži vremenski period boluju od raka izvještavaju o povoljnijoj razini kvalitete života. Time se može zaključiti kako je kvaliteta života pacijenta zapravo izravno pozitivno povezana s procesom liječenja raka i vremenom provedenim s dijagnozom (Heydarnejad i sur., 2012).

2. Polazište i cilj istraživanja

S obzirom da su područja odnosa načina suočavanja s bolešću, percepcije bolesti i psihološkog funkcioniranja osoba oboljelih od raka od izuzetne važnosti za razumijevanje života onkoloških pacijenata, ovaj će se rad usmjeriti na utvrđivanje odnosa ovih aspekata.

Poznato je kako je jedna od posljedica s kojima se suočavaju osobe oboljele od raka bol, a samo prisustvo boli može uvelike otežati način funkcioniranja osobe i samu kvalitetu njezina života (Cleeland, 1984). S obzirom na težinu boli, pacijenti koji svoju bol procjenjuju intenzivnijom, kvalitetu svog života evaluiraju lošije (Oliveira i sur., 2014). Upravo će zbog navedenog u ovom istraživanju biti provjerena i procjena intenziteta boli onkoloških pacijenata.

U prethodnim je istraživanjima utvrđeno kako percepcija bolesti kao i strategije koje pacijenti koriste prilikom nošenja s bolešću imaju značajan učinak na anksioznost i depresivnost onkoloških pacijenata (Kus i sur., 2017), a samim time uvelike određuju kvalitetu života osobe (Knowles i sur., 2017). U ovom radu se očekuje da će, kao i u prethodnim istraživanjima (Fan i sur., 2012), negativnija percepcija bolesti (primjerice, dugotrajnost bolesti i nekontrolabilnost) te načini suočavanja izbjegavanjem i suočavanje usmjereno na emocije dovesti do povećanja depresivnosti i anksioznosti pacijenta dok će suprotno tome pozitivnija procjena bolesti i strategije suočavanja usmjerene na problem smanjiti stupanj izloženosti, a samim time pozitivno utjecati na kvalitetu života (Jadoulle i sur., 2006, Danhauer i sur., 2009. Lehto i sur., 2005).

S obzirom na navedeno, cilj rada je bio utvrditi doprinos strategija koje osobe oboljele od raka koriste prilikom nošenja s bolešću te percepcije bolesti od strane pacijenta objašnjenju kvalitete života te njihovih emocionalnih odgovora na zdravstvenu prijetnju (anksioznost i depresivnost).

U skladu s ciljem istraživanja i uvodnim teorijskim razmatranjima postavljeni su sljedeći problemi i prema njima pripadajuće hipoteze:

3. Problemi i hipoteze

1. Utvrditi obrasce povezanosti između percepcije bolesti (trajanje, kontrola, koherencija bolesti, posljedice, emocionalne reprezentacije), strategija suočavanja (strategije suočavanja usmjerene na problem i na emocije) i intenziteta boli te kvalitete života, anksioznosti i depresivnosti onkoloških pacijenata.

Istraživanja ukazuju da su percepcija bolesti i strategije kojima se osobe nose s bolešću međusobno povezane. Preciznije, osobe koje pozitivnije percipiraju svoju bolest (kontrolabilnijom, bolje je razumiju, i sl.) češće koriste strategije suočavanja usmjerene na problem, a manje izbjegavanja i strategija usmjerenih na emocije. Nadalje, očekuje se da će oni koji pozitivnije percipiraju svoju bolest, oni koje koriste strategije suočavanja usmjerene na problem (bolest) te oni sa slabijim intenzitetom boli također izvještavati o većoj kvaliteti života te se očekuje da će imati manje izražene simptome anksioznosti i depresivnosti.

2. Utvrditi zasebne doprinose percepcije bolesti (trajanje, kontrola, koherencija bolesti, posljedice, emocionalne reprezentacije), strategija suočavanja (strategije suočavanja usmjerene na problem i na emocije) i intenziteta boli objašnjenju kvalitete života, anksioznosti i depresivnosti onkoloških pacijenata.

Budući da istraživanja ukazuju kako percepcija bolesti, strategije suočavanja i intenzitet boli značajno doprinose objašnjenju kvalitete života, anksioznosti i depresivnosti onkoloških pacijenata, može se pretpostaviti da će navedeni konstrukti biti značajni prediktori. Detaljnije, očekuje se da će pozitivnije viđenje bolesti, strategije suočavanja usmjerene na problem i slabiji intenzitet boli biti pozitivni prediktori kvalitete života onkoloških pacijenata, ali i negativni prediktori anksioznosti i depresivnosti pacijenata.

4. Metoda

4.1. Sudionici

Istraživanje je provedeno na području Šibensko-kninske (N=47) i Zadarske županije (N=37). Dakle, sudjelovale su 84 osobe oboljele od raka, od čega je 25 muškaraca (29,76%) te 59 žena (70,24%). Raspon dobi ispitanika je od 35 do 81 godine, a prosjek godina svih sudionika je 64,08 (SD=11,02).

Većina ispitanika ima završenu srednju školu (N=44, 52,38%), slijede ih oni sa završenom osnovnom školom (N=18, 21,43%) i fakultetom (N=12, 14,29%), a najmanji je broj onih sa završenom višom školom (N=7, 8,33%) te doktoratom (N=3, 3,57%).

Najveći broj ispitanika je u braku (N=50, 59,52%), njih 17 su udovci i udovice (20,24%), 9 je samaca (10,71%), 6 ih je rastavljeno (7,14%) dok je jedno u izvanbračnoj vezi te je jedno u ponovnoj bračnoj zajednici (po 1,19%). Većina ispitanika ima djecu, čak njih 69 (82,14%).

Osvrćući se na samu bolest, najviše ispitanika boluje od raka dojke (N=44, 52,38%) (*Tablica 1*). Neovisno o vrsti raka, većina ispitanika boluje od raka stadija IV (N=46, 64,76%, slijede ih oni oboljeli od III stadija (N=15, 17,86%), dok je manje onih oboljelih od II (N=4, 4,76%) i I stadija (N=3, 3,57%). Značajno je napomenuti kako njih 19% (N=16) zapravo nisu znali od kojeg stadija raka boluju. Prosjek trajanja bolesti u ovom uzorku je 28 mjeseci, dok je najkraći period bolovanja u uzorku jedan mjesec, a najduži 108 mjeseci (9 godina).

Tablica 1 Prikaz zastupljenosti određenih vrsta raka u uzorku pacijenata (N=84)

<i>Vrsta raka</i>	<i>Frekvencija</i>	<i>%</i>
Dojke	44	52,38
Debelog crijeva	13	15,48
Prostate	10	11,90
Pluća	10	11,90
Mjehura	4	4,76
Mozga	2	2,38
Gušterače	1	1,19

Napomena: *Frekvencija* – broj ispitanika, % - udio u ispitanika u cijelom uzorku izražen u postocima

Načini liječenja bolesti također nisu isti kod svih pacijenata. Većina pacijenata prima kemoterapiju (N=36, 42,86%), a tri ispitanika nisu odgovorila na ovo pitanje pa se ne može reći radi li se o tome da ne znaju od čega se točno sastoji njihov tretman ili zapravo ne primaju/ ne žele primati nikakav tretman (3,57%) (*Tablica 2*).

Tablica 2 Prikaz zastupljenosti određenih načina tretmana onkoloških bolesti u uzorku pacijenata (N=84)

<i>Tretman</i>	<i>Frekvencija</i>	<i>%</i>
Kemoterapija	36	43,86
Lijekovi	6	7,14
Kemoterapija i lijekovi	11	13,1
Zračenje	2	2,38
Sve	26	30,95
Bez odgovora	3	3,57

Napomena: *Frekvencija* – broj ispitanika, % - udio u ispitanika u cijelom uzorku izražen u postocima

Što se tiče bolesti bližih članova obitelji (majka, otac, brat, sestra,...), može se reći kako je otprilike polovici njih netko od bližih članova obitelji bolovao od iste ili slične bolesti (N=41, 48,81%).

4.2. Mjerni instrumenti

Ispitanici su prvo ispunjavali Upitnik općih podataka zatim su slijedili upitnici: Kratki inventar boli (*Brief Pain Inventory* – BPI, Cleeland i Ryan, 1994), Upitnik percepcije bolesti (*The Illness Perception Questionnaire* – IPQ-R, Moss-Morris, Weinman, Petrie i Buick, 2002), Skraćena verzija upitnika suočavanja sa stresom (*Short version of coping inventory*, Hudek-Knežević i Kardum, 1993), Ljestvica bolničke anksioznosti i depresivnosti (*The Hospital Anxiety and Depression Scale* - HADS, Zigmond i Snaith, 1983) te Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije (*World Health Organisation Quality of Life-Bref*, The WHOQOL Group, 1998).

4.2.1. Upitnik općih podataka o ispitaniku

Upitnik općih podataka činila su dva seta pitanja. Prvi se odnosio na opće informacije o sudioniku te je uključivao pitanja o spolu, dobi, razini obrazovanja, bračnom statusu te imaju li djece (ukoliko imaju koliko ih imaju te koliko im djeca imaju godina).

Drugi set pitanja je bio povezan s bolešću, a tu bila pitanja: koja je njihova medicinska dijagnoza, koliko dugo boluju, u kojem je stadiju njihova bolest, od kojih se sve tretmana sastoji njihovo liječenje te ukoliko primaju kemoterapiju ili zračenje koliko su ciklusa do sada prošli. Također, uključeno je i pitanje je li netko u njihovoj užoj obitelji (otac, majka, brat, sestra,...) bolovao od slične bolesti te što misle je li se njihov fizički izgled značajno promijenio zbog bolesti.

4.2.2. Kratki inventar boli (*Brief Pain Inventory* – BPI, Cleeland i Ryan, 1994)

Kratki inventar boli (*Brief Pain Inventory* – BPI) razvijen je radi davanja informacije o intenzitetu boli (osjetna dimenzija) i o stupnju njezina utjecaja na sedam aspekata svakodnevnog života (opće aktivnosti, hodanje, normalni rad, odnosi s drugim ljudima, raspoloženje, san i uživanje u životu). On također dokumentira lokalizaciju boli na crtežu ljudskog tijela i opisuje karakteristike boli.

Međutim, za potrebe ovog istraživanja korištena je samo subskala intenziteta boli koja se sastoji od četiri čestice. Zadatak ispitanika jest izraziti intenzitet svoje boli na skali

od deset stupnjeva (1 = „nema boli“, 10 = „najjača bol koju možete zamisliti“). S obzirom na to da intenzitet boli može varirati tijekom dana, pacijent navodi jačinu boli u trenutku ispunjavanja upitnika, ali isto tako evidentira najjaču, najslabiju i srednju bol tijekom prethodnog tjedna.

Rezultat se dobiva zbrajanjem te uprosječivanjem odgovora na svim česticama. Viši rezultat oznaka je većeg percipiranog intenziteta boli. Cronbach alpha koeficijent unutarnje konzistencije za subskalu intenziteta boli na našem uzorku iznosi .90.

Primjer čestice: „*Ocijenite Vašu najjaču bol koju ste doživjeli u proteklom tjednu*“, „*Ocijenite Vašu trenutačnu bol*“.

4.2.3. Revidirani upitnik percepcije bolesti (*The Illness Perception Questionnaire – IPQ-R*, Moss-Morris, Weinman, Petrie i Buick, 2002)

Moss-Morris i sur. (2002) su revidirali originalni Upitnik percepcije bolesti (Weinman, Petrie, Moss-Morris i Horne, 1996) te su u svojoj revidiranoj verziji dobili devet subskala. Hrvatsku verziju upitnika su priredile i adaptirale Pokrajac-Bulian i Ambrosi-Randić (2016).

U istraživanju je korišteno sedam subskala Revidiranog upitnika percepcije bolesti: *akutno/kronično trajanje* (uvjerenja o dugotrajnosti bolesti; 6 čestica), *cikličko trajanje* (uvjerenja o predvidljivosti ili cikličkoj prirodi bolesti; 4 čestice), *osobna kontrola* (mjera u kojoj pojedinac ima kontrolu nad bolesti; 6 čestica), *medicinska kontrola* (uvjerenja o učinkovitosti liječenja; 5 čestica), *koherencija bolesti* (mjera u kojoj pojedinac ima jasno razumijevanje bolesti; 5 čestica), *posljedice* (procjena fizičkih, socijalnih, ekonomskih i drugih posljedica koje mogu uslijediti zbog bolesti; 6 čestica) i *emocionalna reprezentacija* (emocionalne reakcije na bolest; 6 čestica).

Zadatak ispitanika je procijeniti slaganje sa svakom od 38 tvrdnji na skali od pet stupnjeva (1 = „uopće se ne slažem“, 5 = „u potpunosti se slažem“), a rezultat za svaku subskalu dobije se zbrajanjem procjena. Generalno, visoki rezultati na dimenzijama trajanja (akutno/kronično; cikličko), posljedica i emocionalne reprezentacije ukazuju na kroničnost stanja, negativnije posljedice bolesti i cikličnu prirodu bolesti te povećanu sklonosti pacijenta negativnijim emocionalnim reakcijama. Nasuprot tome, visoki rezultati na skalama kontrole i dimenzije koherentnosti predstavljaju pozitivna uvjerenja o kontrolabilnosti bolesti i osobnom razumijevanju bolesti.

Cronbach alpha koeficijent unutarnje konzistencije se kretao od .54 do .85 (detaljnije po subskalama: akutno/kronično trajanje= .85; cikličko trajanje= .63; osobna kontrola= .74; medicinska kontrola= .82; koherencija bolesti= .54; posljedice= .59; emocionalna reprezentacija= .74).

Primjer čestica za svaku od subskala:

Cikličko trajanje: „*Moji simptomi odlaze i dolaze u ciklusima*“.

Akutno ili kronično trajanje: „*Moja će bolest brzo proći*“.

Posljedice bolesti: „*Moja je bolest vrlo ozbiljna*“.

Osobna kontrola: „*Mogu puno toga učiniti kako bih kontrolirao/la svoju bolest*“.

Kontrola tretmanom: „*Terapija koju slijedim može držati pod kontrolom moju bolest*“.

Koherentnost: „*Imam jasnu sliku ili jasno razumijem svoje stanje*“.

Emocionalne reprezentacije: „*Kada razmišljam o svojoj bolesti postanem uzrujan/na*“.

4.2.4. Skraćena verzija upitnika suočavanja sa stresom (*Short version of coping inventory*, Hudek-Knežević i Kardum, 1993)

U ovom istraživanju korištena je skraćena verzija adaptiranog Upitnika suočavanja sa stresom (*Coping Orientation to Problems Experienced- COPE*; Carver i sur., 1989 s 15 čestica od autora Hudek Knežević, Krapić i Kardum (1993) kao upitnik dispozicijskog suočavanja. Sastoji se od tri subskale: *problemu usmjereno suočavanje*, *emocijama usmjereno suočavanje* i *suočavanje izbjegavanjem*. Ispitanici su odgovarali na pitanja zaokruživanjem odgovarajućeg broja na skali Likertova tipa od pet stupnjeva (1-nikada se tako ne ponašam, 5- gotovo uvijek se tako ponašam), a rezultat za svaku subskalu dobije se zbrajanjem procjena.

Subskala problemu usmjereno suočavanje sastoji se od 6 čestica, a ispituje se česticama poput: „*Tu situaciju pokušavam riješiti na različite načine*“. Subskala emocijama usmjereno suočavanje sadrži 3 čestice te se ispituje česticama kao što je: „*Otvoreno iskazujem svoje osjećaje*“. Posljednja subskala, suočavanje izbjegavanjem, se sastoji od 6 čestica, a primjer čestice je: „*Ponašam se kao da se to ne događa*“.

Cronbach alpha koeficijent unutarnje konzistencije na našem uzorku je za strategiju suočavanja usmjerenu na problem iznosio .70, za strategiju suočavanja usmjerenu na emocije .77, a strategiju izbjegavanjem .30.

Subskala strategija suočavanja izbjegavanjem nije pokazala zadovoljavajuće metrijske karakteristike (koeficijent unutarnje pouzdanosti .30 te se čestice nisu mogle grupirati pod jedan faktor) te je zbog toga isključena iz daljnjih analiza.

4.2.5. Upitnik bolničke anksioznosti i depresivnosti (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, Zigmond i Snaith, 1983)

Zigmond i Snaith (1983) godine su razvili Upitnik bolničke anksioznosti i depresivnosti u svrhu ispitivanja prisutnosti i stupnja izraženosti anksioznosti i depresivnosti pacijenata. Općenito je utvrđeno kako HADS ne treba biti ograničen samo na bolničku populaciju, upotreba je primjerena i na općoj populaciji te na osobama s dijagnosticiranim mentalnim poremećajem. Na hrvatski su upitnik preveli Pokrajac-Bulian, Kukić i Bašić-Marković (2015; prema Vitulić, 2017). Upitnik se sastoji od 14 čestica koje ispituju anksioznost (*HADS-A*) i depresivnost (*HADS-D*), na skali procjene od četiri stupnja. Svaka subskala (anksioznost i depresivnost) sadrži po 7 tvrdnji, a ispitanik odgovara tako da zaokružuje odgovor koji ga najbolje opisuje. Boduje se po intenzitetu od 0 do 3 (0 = uopće ne, 3 = cijelo vrijeme) (Bajs i sur., 2007). Rezultat od 0 do 7 za pojedinu subskalu ukazuje na normalan rezultat, dok sve iznad ukazuje na potencijalnu prisutnost poremećaja, odnosno rezultat od 8 do 10 ukazuje na blagu anksioznost /depresivnost, rezultat od 11 do 14 na umjerenu te od 15 do 21 na tešku anksioznost, odnosno depresivnost (Burns i sur., 2014). Cronbach alpha koeficijent unutarnje konzistencije ovog instrumenta na našem uzorku je .86 za HADS-A te .78 za HADS-D.

Primjer tvrdnje za anksioznost: „*Osjećam neku zabrinutost kao da će se nešto strašno dogoditi*“ na što pacijent može odgovoriti: izrazito jako; da, ali ne toliko jako; pomalo, ali me to ne zabrinjava; uopće ne; u skladu sa svojim trenutnim stanjem.

Primjer tvrdnje za depresivnost: „*Mogu se nasmijati i vidjeti pozitivnu stranu različitih situacija (događaja)*“ na što pacijent može odgovoriti: isto tako kao što sam oduvijek mogao/la; trenutno ne baš često; sada definitivno ne baš često; uopće ne; u skladu sa svojim trenutnim stanjem.

4.2.6. Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije (*World Health Organisation Quality of Life-Bref, The WHOQOL Group, 1998*)

Upitnik WHOQOL-BREF predstavlja skraćenu verziju upitnika WHOQOL-100 koji je izradila Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) u svrhu procjene kvalitete života. U ovom je istraživanju korištena validirana hrvatska verzija upitnika Pibernik-Okanović (2001).

WHOQOL-BREF je sastavljen korištenjem i analizom podataka pilot istraživanja WHOQOL-100. Odabrane su 24 čestice iz originalnog upitnika, po jedna iz svake od 24 facete koje opisuju kvalitetu života te je odabrana po jedna čestica za kvalitetu života u cjelini i za opće zdravlje. Upitnik u cijelosti sadrži 26 čestica. Psihometrijska istraživanja su pokazala da je WHOQOL-BREF pouzdan i validan instrument, te visoko korelira s WHOQOL-100, oko 0,89. Zbog manjeg broja pitanja i bržeg rješavanja daje mu se prednost pred WHOQOL-100. Boduje se percepcija kvalitete života u svakoj od 4 domene upitnika posebno, a to su: *fizičko zdravlje, psihološko stanje, društvena interakcija te okolina*.

Fizičko zdravlje obuhvaća: dnevne aktivnosti, ovisnost o lijekovima, energiju i umaranje, pokretljivost, bol i uznemirenost, spavanje, odmor i radni kapacitet te je primjer čestice: „*Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?*“. Psihičko zdravlje obuhvaća: predodžbu tijela i izgled, negativne osjećaje, pozitivne osjećaje, samopoštovanje, religioznost/ duhovnost/ osobna vjerovanja, mišljenje, učenje i koncentraciju, a mjeri se česticama poput: „*Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?*“. Društvena interakcija uključuje: osobne odnose, socijalnu podršku i seksualnu aktivnost te je primjer čestice za ovu domenu: „*Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?*“. Posljednja domena, domena okoliša, obuhvaća širi kontekst od uvriježenog poimanja okoliša u smislu zagađenja i buke te su uključeni: izvori financija, sloboda, tjelesna sigurnost i zaštićenost, zdravstvena i socijalna skrb: dostupnost i kvaliteta, kućna okolina, dostupnost informacija i usluga, mogućnost rekreacije, okoliš (zagađenje/buka/promet), prijevoz, a primjer čestice je: „*Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakidašnjem životu?*“.

Skala je pozitivno usmjerena što znači da veći broj bodova predstavlja veću kvalitetu života. Koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach alpha cijele skale je na našem uzorku iznosio .92. Za tri domene koeficijent unutarnje konzistencije je bio prilično

visok (iznad 0,75). Preciznije za domenu fizičkog zdravlja iznosi .84, psihičkog .84 te za domenu okoline .81. Iz subskale socijalnih odnosa izbačena je tvrdnja „*Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?*“ s obzirom da je njezinim izbacivanjem unutarnja pouzdanost subskale s .58 porasla na .86.

4.3. Postupak

Istraživanje se provodilo od studenog 2017. godine do veljače 2018. godine na području Šibensko-kninske i Zadarske županije. Do ispitanika se došlo zahvaljujući suradnji s udrugama na navedenim područjima te liječnicima onkolozima koji su, zajedno s Etičkim povjerenstvima bolnica, dozvolili provođenje istraživanja. Ispitanici su ispunjavali papir-olovka upitnik za čije je ispunjavanje bilo potrebno 15-ak minuta. Neki ispitanici su upitnik ispunjavali za vrijeme trajanja kemoterapije, neki su ispunjavali u prisutnosti istraživača dok je najmanji broj njih ispunjavao upitnik kući te ga potom vratio nazad.

Na samom početku sudionicima su dane detaljnije upute o načinu ispunjavanja. Također, naglašeno je kako je istraživanje u potpunosti anonimno i dobrovoljno te da mogu odustati u bilo kojem trenutku.

Ispitanici su prvo ispunjavali Upitnik općih podataka o ispitaniku koji su slijedili upitnici: Kratki inventar boli (*Brief Pain Inventory* – BPI, Cleeland i Ryan, 1994), Upitnik percepcije bolesti (*The Illness Perception Questionnaire* – IPQ-R, Moss-Morris, Weinman, Petrie i Buick, 2002), Skraćena verzija upitnika suočavanja sa stresom (*Short version of coping inventory*, Hudek-Knežević i Kardum, 1993), Ljestvica bolničke anksioznosti i depresivnosti (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*- HADS, Zigmond i Snaith, 1983) te Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije (*World Health Organisation Quality of Life-Brief*, The WHOQOL Group, 1998).

Na kraju im je ostavljeno prostora kako bi nam rekli još nešto što smatraju bitnim za razumijevanje suočavanja ili života onkoloških pacijenata, ali im je i navedeno ukoliko žele neku povratnu informaciju, postaviti neko pitanje ili razgovarati s nekim da mogu kontaktirati istraživača ili mentora (e-mail adrese su bile navedene u upitniku).

5. Rezultati

Prije obrade rezultata, koja je potrebna kao odgovor na postavljene probleme, u *Tablici 3* bit će prikazani deskriptivni parametri korištenih mjernih instrumenata u istraživanju na ukupnom uzorku onkoloških pacijenata.

Tablica 3 Prikaz deskriptivnih parametara analiziranih varijabli (N=84).

	<i>Broj čestica</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Teorijski raspon</i>	<i>K-S d</i>	<i>Indeks asimetričnosti (stand. pogreška)</i>	<i>Indeks spljoštenosti (stand. pogreška)</i>	<i>Cronbach α</i>
Akutno/kronično trajanje	6	2.88	0.88	1.00	4.50	1-5	0.08	-0.08 (0.26)	-0.67 (0.52)	0.85
Ciklično trajanje	4	3.17	0.76	1.75	5.00	1-5	0.12	0.39 (0.26)	-0.39 (0.52)	0.63
Osobna kontrola	6	3.43	0.75	1.50	5.00	1-5	0.12	-0.09 (0.26)	-0.35 (0.52)	0.74
Medicinska kontrola	5	3.97	0.74	1.60	5.00	1-5	0.15	-0.91 (0.26)	1.07 (0.52)	0.82
Koherencija bolesti	5	3.55	0.66	2.00	5.00	1-5	0.09	-0.21 (0.26)	-0.10 (0.52)	0.54
Posljedice	6	3.17	0.71	1.67	4.83	1-5	0.10	0.11 (0.26)	-0.59 (0.52)	0.59
Emocionalne reprezentacije	6	2.65	0.83	1.00	4.83	1-5	0.09	0.39 (0.26)	-0.32 (0.52)	0.74
Kvaliteta života	25	3.79	0.61	2.44	4.96	1-5	0.07	-0.26 (0.26)	-0.68 (0.52)	0.92
Anksioznost	7	0.88	0.56	0.00	2.86	0-3	0.10	0.66 (0.26)	0.78 (0.52)	0.86
Depresivnost	7	0.73	0.52	0.00	2.43	0-3	0.12	0.64 (0.26)	-0.05 (0.52)	0.78
S.S. usmjerene na problem	6	3.57	0.74	1.00	5.00	1-5	0.16*	-0.97 (0.26)	1.64 (0.52)	0.70
S.S. usmjerene na emocije	3	3.24	1.20	1.00	5.00	1-5	0.10	-0.13 (0.26)	-1.00 (0.52)	0.77
Intenzitet boli	4	2.11	1.71	1.00	8.00	1-10	0.28*	1.77 (0.26)	2.67 (0.52)	0.90

*p<0.05

Legenda:

M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; K-S d – Kolmogorov-Smirnov test; Cronbach α - koeficijent unutarnje pouzdanosti; S.S. usmjerene na problem- strategije suočavanja usmjerene na problem; S.S. usmjerene na emocije- strategije suočavanja usmjerene na emocije

Osvrćući se na prosječne vrijednosti pojedinih aspekata bolesti, vidljivo je kako ispitanici na skalama trajanja, posljedica i emocionalnih reprezentacija postižu prosječne rezultate, dok su na skalama koherencije bolesti, osobne kontrole i kontrole tretmanom rezultati blago povišeni. Rezultati na skalama intenziteta boli, anksioznosti i depresivnosti su sniženi (ispod prosjeka), a iznad prosjeka su rezultati na skalama kvalitete života i strategija suočavanja. Može se reći kako generalno pacijenti oboljeli od raka ne izvještavaju o pretjeranoj boli povezanoj s bolešću, izvještavaju o nižim razinama depresivnosti i anksioznosti, ne gledaju na svoju bolest pesimistično, ali izvještavaju o nešto malo iznad prosjeka boljoj kvaliteti života i o nešto malo iznad prosjeka izraženijem korištenju strategija suočavanja među kojima je pak izraženija strategija suočavanja usmjerena na problem od one usmjerene na emocije.

Gledajući Kolmogorov-Smirnov test distribucija strategija suočavanja usmjerenih na problem odstupa od normalne. Vidljivo je kako je distribucija te varijable negativno asimetrične jer se rezultati grupiraju oko viših vrijednosti (*Prilog 1, Slika 2*). Međutim, vrijednosti indeksa asimetričnosti i spljoštenosti nisu ekstremne (*Tablica 3*) pa je opravdano korištenje parametrijske statistike te zadržavanje navedene varijable. Prema George i Mallery (2010), Ryu (2011) te Gravetter i Wallnau (2014) kriterij za prihvatanje normalnosti distribucije i korištenje parametrijske statistike gledajući parametre asimetričnosti i spljoštenosti je ± 2 .

Jedina varijabla čija distribucija odstupa značajno od normalne gledajući parametre spljoštenosti i asimetričnosti je varijabla intenzitet boli. Također, osvrćući se na Kolmogorov-Smirnov test vidljivo je grupiranje rezultata oko nižih vrijednosti (pozitivno asimetrična distribucija) te odstupanje navedene varijable od normalne distribucije (*Prilog 1, Slika 3*). Nadalje, može se uočiti jako niska vrijednost aritmetičke sredine navedene varijable (*Tablica 3*) te je gledajući navedenu aritmetičku sredinu i pripadajuću joj standardnu devijaciju lako zaključiti kako se više od 95% rezultata nalazi ispod prosječne vrijednosti intenziteta boli (ispod vrijednosti 5). Više od 40 pacijenata izjavilo je kako ne osjećaju bol (ekstreman rezultat=1), a samo su 4 pacijenta oboljela od raka izjavila kako je intenzitet boli koji osjećaju veći od prosječnog. Može se zaključiti kako je varijabilitet navedene varijable malen. Usprkos raznim prijašnjim istraživanjima koja navode prisutnost boli kod pacijenata oboljelih od raka (Foley, 2004; Greco i sur., 2014), u ovom uzorku ona nije izražena, ispitanici izjavljuju kako ista ne postoji ili je izrazito malena. Upravo zbog svega navedenog, varijabla intenziteta boli je isključena iz daljnjih analiza.

Obrasci povezanosti između percepcije bolesti i strategija suočavanja te kvalitete života, anksioznosti i depresivnosti onkoloških pacijenata

S ciljem odgovora na prvi postavljeni problem, ispitane su povezanosti percepcije bolesti i strategija suočavanja te kvalitete života, anksioznosti i depresivnosti onkoloških pacijenata. Kako bi se ispitale povezanosti korišten je Pearsonov koeficijent korelacije. Dobiveni rezultati prikazani su u *Tablici 4* i *Tablici 5*.

Tablica 4 Prikaz korelacija između percepcije bolesti i strategija suočavanja (N= 84).

	A/K trajanje	Ciklično trajanje	Osobna kontr.	Med. kontr.	Koh. bol.	Poslj.	Emoc. repr.	S.S. na proble m	S.S. na emocije
A/K trajanje	/	0.26*	-0.31*	-0.35*	-0.36*	0.55*	0.21	-0.10	0.00
Ciklično trajanje		/	-0.17	-0.12	-0.51*	0.47*	0.34*	0.25*	-0.00
Osobna kontr.			/	0.58*	0.47*	-0.29*	-0.17	0.23*	0.14
Med. kontr.				/	0.29*	-0.29*	-0.15	0.12	0.23*
Koh.bol.					/	-0.48*	-0.37*	0.04	-0.18
Poslj.						/	0.45*	0.07	0.16
Emoc. repr.							/	-0.05	0.16
S.S. na problem								/	0.25*
S.S. na emocije									/

*p<0.05

Legenda:

A/K trajanje- akutno/ kronično trajanje bolesti; Ciklično trajanje; Osobna kontr.- osobna kontrola; Med. kontr.- medicinska kontrola; Koh.bol.- koherencija bolesti; Poslj.- posljedice bolesti; Emoc. repr.- emocionalne reprezentacije; S.S. na problem- strategije suočavanja usmjerene na problem; S.S. na emocije- strategije suočavanja usmjerene na emocije

Pearsonovim koeficijentom korelacije je utvrđeno kako postoji statistički značajna povezanost među većinom varijabli percepcije bolesti. Odnosno, oni koji svoju bolest

percipiraju trajnijom i manje kontrolabilnom percipiraju više posljedica bolesti te izvještavaju i o višim razinama emocionalnih reprezentacija. Odnosno, oni koji imaju negativniju percepciju bolesti i kod kojih postoji kontinuirana „borba“ s bolešću, slabije razumijevanje iste, dolazi do sve izraženijih osjećaja anksioznosti, tuge, ljutnje (izraženije emocionalne reprezentacije).

Nadalje, gledajući strategije suočavanja dobivena je statistički značajna pozitivna povezanost između strategije suočavanja usmjerene na problem i na emocije. Detaljnije, oni koji se više koriste strategijama suočavanja usmjerenim na problem izvještavaju i o višim razinama korištenja strategija suočavanja usmjerenih na emocije.

Između varijabli percepcije bolesti i strategija suočavanja značajne povezanosti su dobivene između strategija suočavanja usmjerenih na problem i cikličnog trajanja te osobne kontrole. Odnosno, oni koji više koriste strategije suočavanja usmjerene na problem izvještavaju o izraženijoj cikličnosti svoje bolesti, ali i o percipiranoj većoj osobnoj kontroli nad bolesti. Što se tiče strategije suočavanja usmjerene na emocije dobivena je statistički značajna pozitivna povezanost samo s medicinskom kontrolom. Preciznije, oni koji se više koriste strategijama suočavanja usmjerenima na emocije percipiraju terapiju uspješnom u liječenju njihove bolesti.

Tablica 5 Prikaz korelacija između percepcije bolesti i strategija suočavanja te kvalitete života, anksioznosti i depresivnosti onkoloških pacijenata (N= 84).

	Kvaliteta života	Anksioznost	Depresivnost
Akutno/kronično trajanje	-0.31*	0.25*	0.40*
Ciklično trajanje	-0.37*	0.42*	0.36*
Osobna kontrola	0.53*	-0.34*	-0.34*
Medicinska kontrola	0.48*	-0.30*	-0.24*
Koherencija bolesti	0.44*	-0.47*	-0.42*
Posljedice	-0.49*	0.47*	0.55*
Emocionalne reprezentacije	-0.42*	0.64*	0.43*
S.S. usmjerene na problem	-0.03	-0.02	0.03
S.S. usmjerene na emocije	0.04	-0.02	0.04

*p<0.05

Pearsonovim koeficijentom korelacije je utvrđeno kako su svi aspekti percepcije bolesti statistički značajno povezani sa svim kriterijima (kvaliteta života, depresivnost, anksioznost). Detaljnije, oni koji svoju bolest percipiraju trajnijom, manje kontrolabilnom, ne razumiju ju, percipiraju više posljedica bolesti i emocionalnih reprezentaciju, ili jednostavnije, oni koji negativnije percipiraju svoju bolest izvještavaju o lošijoj kvaliteti života te višim razinama anksioznosti i depresivnosti.

Nasuprot tome, strategije suočavanja (strategija suočavanja usmjerena na problem te na emocije) nisu statistički značajno povezane s kriterijima (kvaliteta života, anksioznost, depresivnost).

Doprinos percepcije bolesti i strategija suočavanja u objašnjenju kvalitete života, anksioznosti i depresivnosti onkoloških pacijenata

Drugi istraživački problem bio je utvrđivanje zasebnih doprinosa percepcije bolesti (trajanje, kontrola, koherencija bolesti, posljedice, emocionalne reprezentacije) i strategija suočavanja (strategije suočavanja usmjerene na problem i na emocije) u objašnjenju kvalitete života, anksioznosti i depresivnosti onkoloških pacijenata. U svrhu odgovaranja na isti trebala je biti korištena hijerarhijska regresijska analiza koja omogućava praćenje promjene u postotku objašnjene varijance kriterija nakon uvođenja nove skupine prediktorskih varijabli. Međutim, s obzirom da strategije suočavanja nisu statistički značajno povezane ni s jednim od kriterija izuzete su iz daljnje obrade rezultata te se ispitivao isključivo doprinos percepcije bolesti u objašnjenju kvalitete života, anksioznosti i depresivnosti onkoloških pacijenata. Za navedeno su korištene standardne regresijske analize, a rezultati su vidljivi u *Tablici 6*, *Tablici 7* i *Tablici 8*.

Tablica 6 Rezultati standardne regresijske analize sa percepcijom bolesti kao prediktorom i kvalitetom života onkoloških pacijenata kao kriterijem (N=84).

	<i>Kvaliteta života onkoloških pacijenata</i>	
	β	r_{sp}
<i>Akutno/kronično trajanje</i>	0.06	0.05
<i>Ciklično trajanje</i>	-0.13	-0.11
<i>Osobna kontrola</i>	0.30*	0.22*
<i>Medicinska kontrola</i>	0.22*	0.17*
<i>Koherencija bolesti</i>	0.02	0.01
<i>Posljedice</i>	-0.22	-0.15
<i>Emocionalne reprezentacije</i>	-0.20*	-0.17*

* $p < 0.05$

Legenda:

β – standardizirani regresijski koeficijent, r_{sp} – koeficijent semiparcijalne korelacije, R – koeficijent multiple korelacije, Rc^2 - korigirani koeficijent multiple determinacije

Postotak objašnjene varijance iznosio 44% ($Rc^2=0.44$, $p < 0.01$) dok su samo tri aspekta percepcije bolesti, odnosno osobna kontrola ($\beta = 0.30$, $p < 0.05$), medicinska

kontrola ($\beta = 0.22$, $p < 0.05$), te emocionalne reprezentacije ($\beta = -0.20$, $p < 0.05$), ostvarila statistički značajan doprinos objašnjenju kvalitete života onkoloških pacijenata. Prema tome, percepcija veće osobne i medicinske kontrole bolesti te manje emocionalnih reprezentacija predviđaju bolju kvalitetu života pacijenta.

Tablica 7 Rezultati standardne regresijske analize sa percepcijom bolesti kao prediktorom i anksioznosti onkoloških pacijenata kao kriterijem (N=84).

<i>Anksioznost onkoloških pacijenata</i>			
	β	r_{sp}	
<i>Akutno/kronično trajanje</i>	-0.06	-0.05	
<i>Ciklično trajanje</i>	0.13	0.11	R=0,72
<i>Osobna kontrola</i>	-0.12	-0.09	Rc ² = 0.47
<i>Medicinska kontrola</i>	-0.10	-0.08	F(7,76)= 11.65
<i>Koherencija bolesti</i>	-0.10	-0.08	P<0.01
<i>Posljedice</i>	0.12	0.08	
<i>Emocionalne reprezentacije</i>	0.48*	0.42*	

* $p < 0.05$

Legenda:

β – standardizirani regresijski koeficijent, r_{sp} – koeficijent semiparcijalne korelacije, R – koeficijent multiple korelacije, Rc² - korigirani koeficijent multiple determinacije

Postotak objašnjene varijance iznosio 47% (Rc²=0.47, $p < 0.01$). Pri tome su jedino emocionalne reprezentacije, kao jedan aspekt percepcije bolesti, ostvarile statistički značajan i pozitivan doprinos ($\beta = 0.48$, $p < 0.05$) u objašnjenju anksioznosti onkoloških pacijenata. Prema tome, više razine emocionalnih reprezentacija predviđaju više razine anksioznosti pacijenta.

Tablica 8 Rezultati standardne regresijske analize sa percepcijom bolesti kao prediktorom i depresivnosti onkoloških pacijenata kao kriterijem (N=84).

	<i>Depresivnost onkoloških pacijenata</i>		
	β	r_{sp}	
<i>Akutno/kronično trajanje</i>	0.11	0.08	
<i>Ciklično trajanje</i>	0.07	0.06	R=0.63
<i>Osobna kontrola</i>	-0.17	-0.13	Rc ² = 0.34
<i>Medicinska kontrola</i>	0.04	0.03	F(7,76)= 7.12
<i>Koherencija bolesti</i>	-0.06	-0.04	P<0.01
<i>Posljedice</i>	0.30*	0.21*	
<i>Emocionalne reprezentacije</i>	0.21*	0.18*	

*p<0.05

Legenda:

β – standardizirani regresijski koeficijent, r_{sp} – koeficijent semiparcijalne korelacije, R – koeficijent multiple korelacije, Rc² - korigirani koeficijent multiple determinacije

Postotak objašnjene varijance iznosio 34% (Rc²=0.34, p<0.01). Pri tome su dva aspekta percepcije bolesti, posljedice (β =0.30, p<0.05) i emocionalne reprezentacije (β =0.21, p<0.05), ostvarile statistički značajan pozitivan doprinos objašnjenju depresivnosti onkoloških pacijenata. Prema tome, više razine emocionalnih reprezentacija te percepcija ozbiljnijih posljedica bolesti (značajan utjecaj bolesti na financijsko stanje, život općenito) predviđaju više razine depresivnosti pacijenta.

6. Rasprava

Rak je životno ugrožavajuća bolest koja je često praćena intenzivnim emocionalnim stanjima. Ta psihička stanja poput doživljaja stresa, osjećaja krivnje, nesanice, seksualnih poremećaja te psihotičnih epizoda (Vuk Pisk i sur., 2017) su prilično česta, međutim, najistaknutije se mogu grupirati oko afektivnih poremećaja, odnosno oko anksioznosti i depresivnosti (Stanimirović, 2017; Jurić, Jonjić i Miličević, 2016). Pojava anksioznosti i depresivnosti kod pacijenata može dodatno negativno utjecati na njegovo/njezino psihološko funkcioniranje, ali i na pacijentovu okolinu. Važne odrednice niza značajnih ishoda pacijentovog nošenja s bolešću su percepcija bolesti, odnosno pacijentovo viđenje bolesti, (Leventhal i sur., 1997, prema Petrie, Jago i Devcich, 2007) te način na koji se pacijent nosi s tom situacijom (Folkman i Moskowitz, 2004). Pacijenti se razlikuju u viđenju bolesti te se ne nose s njom svi na isti način. Istraživanja su pokazala da je ono što je psihološki ispravno često važnije u određivanju ponašanja i emocionalnih reakcija nego ono što je medicinski točno (Leventhal i sur., 2003).

Vodeći se spoznajom o važnom području za razumijevanje života osoba oboljelih od raka, području odnosa načina suočavanja s bolešću, percepcije bolesti i psihološkog funkcioniranja osoba oboljelih od raka, cilj ovog istraživanja je bio upravo utvrđivanje njihovih međusobnih relacija.

Budući da, kako je navedeno, svaki pacijent na drugačiji način prihvaća svoju bolest te ne postoji univerzalan način nošenja s njom, pa tako postoje pacijenti koji svoju bolest vide optimističnije u odnosu na ostale. Takvi pacijenti češće koriste strategije suočavanja usmjerene na problem (Rabin i Pinto, 2006; Orbell i sur., 2008), nastojeći promijeniti situaciju ili se trude usvojiti nova ponašanja i vještine kako bi se bolje nosili s postojećom. Nadalje, utvrđeno je kako oni imaju snižene razine anksioznosti, depresivnosti, ljutnje što im samim time obogaćuje i poboljšava kvalitetu života (Hagger i Orbell, 2003, Petriček, 2012).

Prvi problem se odnosio na utvrđivanje obrazaca povezanosti između percepcije bolesti i strategija suočavanja te kvalitete života, anksioznosti i depresivnosti onkoloških pacijenata. Generalno, iako nisu svi aspekti percepcije bolesti međusobno povezani može se reći kako je dobiven obrazac povezanosti u skladu s prijašnjim rezultatima (Moss-Morris, 2002; Hirsch i sur., 2009). Detaljnije, pacijenti koji bolje razumiju svoju bolest (veća koherencija bolesti) procjenjuju ju kontrolabilnijom, ali isto tako je veća

koherentnost povezana s nižom razinom emocionalnih reprezentacija. Suprotno tome, oni pacijenti koji svoju bolest doživljavaju kroničnijom, ne razumiju je te je povezuju s više negativnih posljedica na njihov život, uvjerenja su kako svoje stanje ne mogu kontrolirati pa čak ni terapijom. Zaključno, može se reći kako pozitivnije viđenje bolesti u jednom aspektu vodi za sobom pozitivnija viđenja i u većini ostalih te obrnuto. Upravo su takvi rezultati u skladu s teorijom Leventhala i suradnika (1984; prema Covic i sur., 2004) prema kojoj su dimenzije percepcije bolesti međusobno povezane jer one nisu pojedinačne spoznaje već funkcioniraju kao skupine vjerovanja.

Nadalje, osvrćući se na povezanost percepcije bolesti i strategija suočavanja vidljivo je kako su samo neki aspekti viđenja bolesti u pozitivnoj korelaciji sa strategijama suočavanja usmjerenima na problem, preciznije ciklično trajanje i osobna kontrola dok je medicinska kontrola u pozitivnoj korelaciji sa strategijama suočavanja usmjerenima na emocije. Podrobnije, pacijenti koji smatraju kako mogu osobno kontrolirati svoju bolest više koriste strategije kojima nastoje mijenjati izvor stresa, u ovom slučaju bolest ili se trude mijenjati svoje ponašanje i usavršiti vještine potrebne za nošenje s bolešću. Takav dobiveni rezultat je dosljedan budući da je utvrđeno kako je vjerojatnost da osoba promijeni svoja ponašanja veća (npr. osoba će započeti s vježbanjem, prestati pušiti, itd.) ako vjeruje kako upravo ta ponašanja mogu poboljšati njezino stanje (Rabin i Pinto, 2006). Suprotno tome, kada pacijent ne percipira svoju bolest kontrolabilnom, veća je vjerojatnost da će se kasnije obratiti liječniku za pomoć te će se općenito manje pridržavati liječničkih preporuka (Awasthis, Mishra i Shahi, 2006). Što se povezanosti cikličnog trajanja i strategije suočavanja usmjerene na problem tiče, može se prvotno zaključiti kako dobiveni rezultati nisu u skladu s očekivanjem s obzirom da je izraženija cikličnost bolesti percipirana kao negativnije viđenje bolesti, a sa strategijama usmjerenima na problem je u pozitivnoj korelaciji pozitivnije viđenje bolesti. Navedeni rezultati odudaraju i od rezultata dobivenih u istraživanju Rozema i suradnika (2009; prema Hopman i Rijken, 2015) budući da je u njihovom istraživanju izraženija cikličnost povezana sa strategijom izbjegavanja, a ne aktivnog suočavanja. Međutim, postoji mogućnost da u našem uzorku osobe koje povezuju više cikličnih simptoma sa svojom bolešću češće koriste aktivnu strategiju usmjerenu na problem jer ih upravo pojava simptoma navodi na ovladavanje novim načinima i ponašanjima kako bi se nosili sa simptomima te općenito s bolešću.

Što se povezanosti medicinske kontrole i strategije suočavanja usmjerene na emocije tiče, dobiveni su zanimljivi rezultati. Naime, osobe koje vjeruju kako je tretman

koji slijede učinkovit, odnosno da će im terapija koju koriste pomoći, više se koriste strategijama suočavanja usmjerenima na emocije. Pacijenti u ovom istraživanju su većinom bili u nekom medicinskom tretmanu, a vjerovanje u efikasnost tretmana im omogućava da prestanu razmišljati o načinima kako riješiti svoju bolest jer su sigurni da je upravo tretman dovoljan. Samim time, vrijeme koje bi inače proveli razmišljajući o načinima i ponašanjima koji bi bili efikasni za suočavanje s bolešću, usmjeravaju na otvoreno iskazivanje emocija drugima i pričanje s drugima o bolesti. Kada osoba misli kako nema utjecaja na stresnu situaciju ili vjeruje da je sve poduzela da situaciju riješi, a to se u ovom slučaju odnosi na redovite dolaske na tretmane i slušanje liječnikovih uputa, okreće se ublažavanju efekata negativnih emocija koje stresor, odnosno bolest, izaziva. Na taj način poboljšava viđenje situacije i kako se zbog toga osjeća, a cilj je lakše podnošenje emocionalnog uzbuđenja izazvanog bolešću (Folkman i Lazarus, 1988).

Drugi dio prvog problema odnosi se na povezanost percepcije bolesti i strategija suočavanja s kvalitetom života, anksioznošću i depresivnošću onkoloških pacijenata. Generalno, kod osoba koje teško prihvaćaju svoju bolest, koje imaju negativniju percepciju bolesti dolazi do sve izraženijih osjećaja anksioznosti, tuge, ljutnje koje im, paradoksalno, otežavaju borbu s istom i narušavaju kvalitetu života (Hagger i Orbell, 2003, Petriček, 2012). Upravo je to potvrđeno i ovim istraživanjem. Naime, dobiveno je da pacijenti koji svoju bolest percipiraju trajnijom, s češćom pojavom cikličnih simptoma, manje kontrolabilnom, s više posljedica i emocionalnih reprezentacija te oni koji manje općenito razumiju svoju bolest, izvještavaju o izraženijoj prisutnosti simptoma anksioznosti i depresivnosti te lošijoj kvaliteti života i obrnuto.

Nadalje, što se strategija suočavanja tiče, u istraživanjima je dobiveno kako oni pacijenti koji upotrebljavaju aktivnu strategiju suočavanja s problemom (bolešću) izvještavaju o boljoj kvaliteti života i nižim razinama depresije (Siwik i sur., 2017) dok je strategija suočavanja usmjerena na emocije dobra jedino u situacijama kada pacijenti percipiraju kako njihova okolina prihvaća iskreno razgovaranje o njihovoj bolesti (Stanton i sur., 2000) dok je u drugim istraživanjima dobiveno kako je emocionalno orijentirano suočavanje zapravo pozitivno povezano s depresijom (Jadoulle i sur., 2006). Međutim, za razliku od očekivanog, u ovom istraživanju strategije suočavanja nisu u korelaciji s kvalitetom života, anksioznošću i depresivnošću. Općenito govoreći, možda je upitnik strategija suočavanja koji je bio odabran u istraživanju neadekvatan za specifičan uzorak poput onkoloških pacijenata. Tome jednim dijelom govori i činjenica da je jedna subskala

(strategije suočavanja izbjegavanjem) izbačena iz daljnjih analiza zbog nezadovoljavajućih metrijskih karakteristika.

Prvom je hipotezom pretpostavljeno kako će percepcija bolesti i strategije kojima se osobe nose s bolešću biti međusobno povezane te da će postojati povezanost navedenih konstrukata s kvalitetom života, anksioznosti i depresivnosti onkoloških pacijenata. Preciznije, pretpostavljeno je da će osobe koje pozitivnije percipiraju svoju bolest (kontrolabilnijom, bolje je razumiju, i sl.) češće koristiti strategije suočavanja usmjerene na problem, a manje strategija usmjerenih na emocije. Nadalje, pretpostavljeno je da će oni koji pozitivnije percipiraju svoju bolest, oni koji koriste strategije suočavanja usmjerene na problem (bolest) i izvještavaju o slabijem intenzitetu boli također izvještavati o većoj kvaliteti života i imati manje izražene simptome anksioznosti i depresivnosti. S obzirom na dobiveno i ranije objašnjeno, može se reći kako je prva hipoteza ovog istraživanja samo djelomično potvrđena.

Kada je riječ o drugom postavljenom problemu ovog istraživanja, odnosno utvrđivanju zasebnih doprinosa percepcije bolesti (trajanje, kontrola, koherencija bolesti, posljedice, emocionalne reprezentacije) i strategija suočavanja (strategije suočavanja usmjerene na problem i na emocije) u objašnjenju kvalitete života, anksioznosti i depresivnosti onkoloških pacijenata, dobiveni su zanimljivi rezultati.

Naime, ključno je prvenstveno spomenuti kako su iz obrade ovog problema isključene strategije suočavanja s bolešću kao prediktori s obzirom da nisu bili u statistički značajnoj korelaciji ni s jednim kriterijem, a za provedbu iste je korelacija s kriterijem nužna.

Dakle, percepcija bolesti objašnjava značajan postotak varijance kvalitete života, ali i anksioznosti i depresivnosti. Međutim, nisu svi aspekti percepcije bolesti značajni prediktori u objašnjavanju navedenih kriterija. Detaljnije, samo su tri aspekta percepcije bolesti, odnosno osobna kontrola, medicinska kontrola te emocionalne reprezentacije, ostvarila statistički značajan doprinos objašnjenju kvalitete života onkoloških pacijenata. Prema tome, percepcija veće osobne i medicinske kontrole bolesti te manje emocionalnih reprezentacija predviđaju bolju kvalitetu života pacijenta. Ovakvi rezultati samo djelomično potvrđuju rezultate prethodnih istraživanja u kojima kod kroničnih oboljenja svi aspekti percepcije bolesti doprinose kvaliteti života pacijenata (Lambregts i Bonhof, 2017), ali su u skladu s rezultatima Covic i sur. (2004) i Han i sur. (2005; prema Lambregts i Bonhof, 2017) prema kojima značajan doprinos objašnjenju kvalitete života pacijenta

imaju percipirana kontrola nad bolesti i emocionalne reprezentacije. Prema utvrđenom, buduća istraživanja trebala bi planirati intervencije koje bi mogle utjecati na percepciju bolesti, primjerice, osvještavanje pacijentove kontrole i smanjenje emocionalnog odgovora na samu bolest i način liječenja, kako bi se potvrdio stvarni učinak percepcije bolesti na kvalitetu života pacijenta.

U prijašnjim istraživanjima je ustanovljeno kako negativnije viđenje bolesti značajno doprinosi anksioznosti i depresivnosti. Međutim, u istraživanjima su različiti aspekti bolesti bili značajni prediktori navedenim kriterijima. Primjerice, u istraživanju Coste i sur. (2016) značajan doprinos imali su aspekti percipirane kontrole, razumijevanje bolesti, identitet, emocionalne reprezentacije dok su se u istraživanju Rezaei i sur. (2014) značajnim prediktorima pokazali aspekti posljedica bolesti, osobna kontrola i emocionalne reprezentacije.

Međutim, ono što je zajedničko svim istraživanjima na populaciji oboljelih od raka koja su utvrđivala zasebne doprinose aspekata percepcije bolesti u objašnjenju kriterija anksioznosti i depresivnosti je značajnost emocionalnih reprezentacija kao prediktora. Naime, u našem istraživanju emocionalne reprezentacije su jedini aspekt percepcije bolesti koje su ostvarile statistički značajan i pozitivan doprinos objašnjenju anksioznosti onkoloških pacijenata. Prema tome, više razine emocionalnih reprezentacija predviđaju više razine anksioznosti pacijenta. Međutim, one su i jedan od dva značajna prediktora u objašnjenju depresivnosti. Detaljnije, emocionalne reprezentacije predstavljaju emocije straha, ljutnje, zabrinutosti povezane s bolešću, a od izuzetnog su značaja za ponašanje pacijenta i razumijevanje tog ponašanja (Weinman i sur., 1996). Odnosno, može se reći kako se konstrukti koje mjeri subskala emocionalnih reprezentacija i Ljestvica bolničke anksioznosti i depresivnosti (HADS) dijelom preklapaju. Kritički se treba promisliti prije uvođenja emocionalnih reprezentacija kao prediktora jer unatoč razlici, barem onoj teoretskoj prema kojoj su emocionalne reprezentacije specifičnije za bolest, a anksioznost i depresivnost općenitije, vrlo je vjerojatno da će opći ishodi (anksioznost i depresivnost) biti pod utjecajem trenutanih emocionalnih reprezentacija vezanih uz bolest, a to onda ne pomaže značajno u razumijevanju stanja pacijenata (Dempster, Howell i McCorry, 2015). Međutim, unatoč navedenom ne može se procjena percepcije bolesti uzeti kao metoda probira za one pacijente koji mogu biti klinički značajni na mjerama anksioznosti i depresivnosti (Morgan i sur., 2014).

Uz emocionalne reprezentacije značajan prediktor depresivnosti bio je i aspekt posljedica bolesti. Preciznije, više razine emocionalnih reprezentacija te percepcija ozbiljnijih posljedica bolesti (značajan utjecaj bolesti na financijsko stanje, život općenito) predviđaju više razine depresivnosti pacijenta. Značajan doprinos posljedica u objašnjenju depresivnosti je u skladu s istraživanjem Rezaei i sur. (2014) i Dempster i sur. (2015) te se može reći kako je očekivano da izraženije simptome depresivnosti iskazuju oni pacijenti osobe koji smatraju da je bolest uvelike utjecala na njihov život, bilo to kroz narušavanje financijskog stanja obitelji, odnosa s drugim ljudima ili načinom na koji ih drugi ljudi sada percipiraju.

Generalno govoreći, iz rada je vidljivo kako su doprinosi pojedinih aspekata percepcije bolesti značajni u objašnjenju kvalitete života onkoloških pacijenata te njihovih razina anksioznosti i depresivnosti. Neki su autori, Leventhal i sur. (2003), čak naveli kako je pacijentovo viđenje bolesti bolji prediktor kvalitete života nego što su to same medicinske karakteristike bolesti (npr. stadij bolesti, trajanje,...). Kako je već navedeno na samom početku ovog rada nužno je u liječenju osoba oboljelih od raka voditi računa o dva važna aspekta vezana za percepciju bolesti. Prvo, uvjerenja pacijenata o njihovom stanju često se razlikuju od uvjerenja njihovih liječnika. Zapravo, medicinsko osoblje obično nije svjesno pacijentovih ideja o vlastitom stanju. Drugo, percepcija pacijenta varira u velikoj mjeri. Čak pacijenti s istim zdravstvenim stanjem ili ozljedom mogu imati vrlo različite poglede na svoje bolesti (Petrie i sur., 2007). Stoga je važno prepoznati i procijeniti pacijentove percepcije bolesti kako bi skrb bila što optimalnija (Covic i sur., 2004).

Značajno je spomenuti kako je jedan od ključnih nedostataka u istraživanju bio malen uzorak. Upravo je tako malen uzorak ograničavao mogućnost provedbe nekih zahtjevnijih statističkih analiza. Nadalje, problem uzorka je bio i njegova homogenost u aspektu procjene intenziteta boli. Naime, uzorak je bio heterogen što se tiče dobi ispitanika, djelomično i stadija raka, trajanja bolesti i slično. Međutim, distribucija rezultata procjene intenziteta boli je pozitivno asimetrična, odnosno uzorak sačinjavaju pretežito pacijenti koji ne osjećaju bol. Međutim, u nekim prijašnjim istraživanjima (Weiss, 2001; Breviak i sur., 2009; Dunham, Allmark i Collins, 2017) utvrđeno je kako pacijenti oboljeli od raka, naročito oni u naprednijim stadijima bolesti, poriču postojanje boli ili ne govore o istoj zbog staha da priznavanje boli znači progresiju bolesti. Je li na rezultat intenziteta boli u ovom istraživanju utjecalo mišljenje pacijenata kako to znači progresiju bolesti, konzumacija lijekova kojima bol drži pod kontrolom, malen broj

sudionika s metastazama na kostima koje su glavni uzrok boli, nepostojanje boli kod pacijenata oboljelih od raka ili nešto drugo, ne može se sa sigurnošću reći. Međutim, sugestija za buduća istraživanja je da se obrati više pozornosti na područje intenziteta boli onkoloških pacijenata. Također, zanimljivo bi bilo istražiti mogu li strategije suočavanja i percepcije bolesti utjecati na odnos procjene intenziteta boli i kvalitete života pacijenata kod uzorka koji je heterogen u aspektu procjene intenziteta boli.

Nadalje, nužno je navesti kako je u istraživanju korišten upitnik suočavanja koji je prije korišten najčešće prilikom ispitivanja načina suočavanja s problemom. Možda je upravo to, neprilagođenost ovog upitnika za uzorak onkoloških pacijenata, razlog zbog kojih je jedna subskala tog upitnika morala biti isključena na samom početku obrade rezultata (subskala suočavanja izbjegavanjem). Detaljnije, možda čestice poput „*Nadam se Božjoj pomoći*“, „*Šalim se na račun svoje bolesti*“ i „*Ponašam se kao da se to ne događa*“ razmišljajući u kontekstu bolesti zapravo ni ne mogu biti svrstane pod istu subskalu na način na koji su inače kada se radi o nekom problemu. Moguće je da je neadekvatnost upitnika uvjetovala slabiju povezanost ovog upitnika s ostalim varijablama u istraživanju te na taj način onemogućila dolaženje do nekih drugih važnih informacija. Sugestija za buduća istraživanja na uzorku onkoloških pacijenata je zasigurno korištenje drugih upitnika za ispitivanje strategija suočavanja s bolešću koji bi dali konkretnije i valjanije rezultate.

Usprkos navedenim ograničenjima provedeno je istraživanje dalo značajnu potvrdu važnosti razumijevanja percepcije bolesti osoba oboljelih od raka i njezinih utjecaja na psihološke ishode bolesti. Međutim, izuzetna vrijednost istraživanja je bila i u samim informacijama prikupljenim tijekom nastanka rada. Naime, obzirom da se istraživanje djelomično provodilo komunicirajući s pacijentima i pomažući im riješiti upitnike (primjerice putem čitanja, zaokruživanja brojeva, itd.) kroz razgovor s njima su dobiveni podaci koje upitnici nisu zahvatili.

Provodeći određeno vrijeme s pacijentima moglo se zaključiti da osjećaju tugu (neki su i zaplakali tijekom ispunjavanja upitnika), strah, ljutnju zašto se to baš njima događa, ali kada su na slična pitanja trebali zaokružiti odgovor davali su jako niske vrijednosti i često ostavljajući komentare poput ovog na kraju upitnika: „*Bitan je duh. Uvijek se treba nadati najboljem. Ako si depresivan, to je kao da si se već predao*“. Nadalje, često su se žalili na usamljenost, u smislu da nemaju s kim razgovarati o samoj bolesti („*Stalno sam tužna. Nemam s kim pričati o bolesti*“), a nemali broj njih je samo

ispunjavanje upitnika doživio kao vid podrške i pomoći pa su neki ostajali i nakon što su bili gotovi pričajući svoju priču i svoj put nošenja s bolesti. Bilo je onih za koje je samo ispunjavanje upitnika bilo previše emotivno („Upitnik je bio dosta emotivan za mene. Teško se nosim sa svojim stanjem“), onih koji su pokazali kako su naučili nešto iz svoje bolesti („Carpe diem! - Iskoristi dan!“), onih koji su nastojali prenijeti neku poruku („Misli na sebe u životu. Brini o svom zdravlju i onda kada misliš kako je sve u redu“), onih koji su iskazali potrebu za stručnom pomoći („Živim na otoku gdje nam nije dostupna ni psihološka pomoć niti udruga za oboljele. Sve mi to nedostaje“), onih koji su pokazali kako okolina pacijenata ponekad nije dovoljno upoznata s bolešću („Neki ljudi još uvijek misle da je ovo zarazno pa me izbjegavaju“), ali i onih koji su skroz dobro prihvatili svoju bolest („Bolest sam prihvatila kao da je tako moralo biti i sa svime se nosim što najbolje mogu“). Nakon provedbe cijelog istraživanja može se zaključiti kako bi kvalitativnim istraživanjem mogli dobiti puno preciznijih i primjenjivijih informacija za razumijevanje osoba u onkološkom tretmanu.

Još jedan važan doprinos istraživanja koji se može iščitati iz komentara ispitanika ostavljenih nakon ispunjavanja upitnika (*Prilog 2, Tablica 9*) je njihova potreba za razgovorom. Svaka osoba u onkološkom tretmanu svoju bolest doživljava na sebi svojstven način (Vuković, 2016). Međutim, bez obzira na način kako osoba doživljava svoju bolest razgovori medicinskog osoblja s pacijentom mogu imati psihoterapijski učinak (Havelka, 2011). Komunikacija je ponekad najbolji lijek (Peale, 1996) jer emocije postoje baš kao što postoje klice i bakterije (Štifanić, 2013). Komunikacija zahtijeva znanje, kompetenciju i tehničke vještine pružene sa entuzijazmom i odgovornošću (Predovan i Stipaničić, 2015; Stanić, 2017), ali uz svjesnost zdravstvenih profesionalaca da i oni nose svoju anksioznost, strahove, depresiju, bespomoćnost i niz drugih ograničenja.

Kako je jedan sudionik ovog istraživanja naveo, za razumjeti bolest treba ju početi doživljavati kao košulju. „Život s bolešću je kao rasparana košulja. Zakrpaš malo i nastavljaš dalje. Ta košulja nikad više neće biti ista, ali to ne znači da je se više ne može nositi“.

7. Zaključci

1. Korelacijskim analizama je utvrđeno kako onkološki pacijenti koji koriste strategije suočavanja usmjerene na problem izvještavaju o izraženijoj cikličnosti svoje bolesti, ali i o percipiranoj većoj osobnoj kontroli nad bolesti. Oni koji se više koriste strategijama suočavanja usmjerenima na emocije percipiraju terapiju uspješnom u liječenju njihove bolesti (medicinska kontrola).

Utvrđeno je, također, kako su svi aspekti percepcije bolesti statistički značajno povezani s kvalitetom života, anksioznošću i depresivnošću. Detaljnije, oni koji svoju bolest negativnije percipiraju izvještavaju o lošijoj kvaliteti života te višim razinama anksioznosti i depresivnosti. Nasuprot tome, strategije suočavanja (strategija suočavanja usmjerena na problem te na emocije) nisu statistički značajno povezane s kvalitetom života, anksioznošću i depresivnošću.

2. Provjerom zasebnih relativnih doprinosa percepcije bolesti objašnjenju kvalitete života, anksioznosti i depresivnosti onkoloških pacijenata utvrđeno je da percepcija veće osobne i medicinske kontrole bolesti te manje emocionalnih reprezentacija predviđa bolju kvalitetu života, percepcija viših razina emocionalnih reprezentacija predviđa više razine anksioznosti, a percepcija viših razina emocionalnih reprezentacija i ozbiljnijih posljedica bolesti (značajan utjecaj bolesti na financijsko stanje, život općenito) predviđa više razine depresivnosti pacijenta.

8. Literatura

- Aaronson, N. K., Meyerowitz, B. E., Bard, M., Bloom, J. R., Fawzy, F. I., Feldstein, M., Fink, D., Holland, J.C., Johnson, J.E., Lowman, J.T., Patterson, W.B. i Ware, J.E. (1991). Quality of life research in oncology. Past achievements and future priorities. *Cancer*, 67(3), 839-843.
- Alacacioglu, A., Tarhan, O., Alacacioglu, I., Dirican, A. i Yilmaz, U. (2013). Depression and anxiety in cancer patients and their relatives. *J Buon*, 18(3), 767-774.
- Awasthis, P., Mishra, R. C. i Shahi, U. P. (2006). Health beliefs and behavior of cervix cancer patients. *Psychology and Developing Societies*, 18(1), 37-58.
- Babin, E., Sigston, E., Hitier, M., Dehesdin, D., Marie, J. P. i Choussy, O. (2008). Quality of life in head and neck cancers patients: predictive factors, functional and psychosocial outcome. *European archives of oto-rhino-laryngology*, 265(3), 265-270.
- Bajs, M., Janović, Š., Štrkalj Ivezić, S. i Bajs, M. (2007). Instrumenti u procjeni anksioznosti i anksioznih poremećaja. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 13(71), 75-78.
- Block, S. D. (2006). Psychological issues in end-of-life care. *Journal of palliative medicine*, 9(3), 751-772.
- Boström, B., Sandh, M., Lundberg, D. i Fridlund, B. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. *Journal of advanced nursing*, 45(4), 410-419.
- Breivik, H., Cherny, N., Collett, B., De Conno, F., Filbet, M., Foubert, A. J., Cohen R. i Dow, L. (2009). Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Annals of oncology*, 20(8), 1420-1433.
- Burns, A., Höfer, S., Curry, P., Sexton, E. i Doyle, F. (2014). Revisiting the dimensionality of the Hospital Anxiety and Depression Scale in an international sample of patients with ischaemic heart disease. *Journal of psychosomatic research*, 77(2), 116-121.
- Campbell, V. (2011). The challenges of cancer pain assessment and management. *The Ulster medical journal*, 80(2), 104.
- Chambers, A. F., Groom, A. C. i MacDonald, I. C. (2002). Metastasis: dissemination and growth of cancer cells in metastatic sites. *Nature Reviews Cancer*, 2(8), 563.

- Cleeland, C. S. (1984). The impact of pain on the patient with cancer. *Cancer*, 54(2), 2635-2641.
- Cleeland, C.S. i Ryan, K.M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals, Academy of Medicine, Singapore*; 23(2), 129–138
- Cleeland, C. S., Janjan, N. A., Scott, C. B., Seiferheld, W. F. i Curran, W. J. (2000). Cancer pain management by radiotherapists: a survey of radiation therapy oncology group physicians. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 47(1), 203-208.
- Costa, E. C., Vale, S., Sobral, M., i Graca Pereira, M. (2016). Illness perceptions are the main predictors of depression and anxiety symptoms in patients with chronic pain. *Psychology, health & medicine*, 21(4), 483-495.
- Covic, A., Seica, A., Gusbeth-Tatomir, P., Gavrilovici, O. i Goldsmith, D. J. (2004). Illness representations and quality of life scores in haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19(8), 2078-2083.
- Danhauer, S. C., Crawford, S. L., Farmer, D. F. i Avis, N. E. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of behavioral medicine*, 32(4), 371-379.
- Dunham, M., Allmark, P. i Collins, K. (2017). Older people's experiences of cancer pain: a qualitative study nursing older people. *Nursing older people*, 29(6), 28-32.
- Dempster, M., Howell, D. i McCorry, N. K. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 79(6), 506-513.
- Dietrich, B. i Ramchandran, K. (2017). Addressing Cancer-Related Pain: A Common Management Issue, *Oncology times*, 39 (9), 40-41.
- Dobрила-Dintinjana, R., Vukelić, J. i Dintinjana, M. (2014). Liječenje maligne boli. *Medicus*, 23, 93-98.
- Downe-Wamboldt, B., Butler, L. i Coulter, L. (2006). The relationship between meaning of illness, social support, coping strategies, and quality of life for lung cancer patients and their family members. *Cancer Nursing*, 29(2), 111-119.
- Epplein, M., Zheng, Y., Zheng, W., Chen, Z., Gu, K., Penson, D., Lu, W. i Shu, X. (2011). Quality of life after breast cancer diagnosis and survival. *Journal of Clinical Oncology*, 29(4), 406-412.

- Falk, S. i Dickenson, A. H. (2014). Pain and nociception: mechanisms of cancer-induced bone pain. *Journal of Clinical Oncology*, 32(16), 1647-1654.
- Fan, S. Y., Eiser, C., Ho, M. C. i Lin, C. Y. (2013). Health-related quality of life in patients with hepatocellular carcinoma: the mediation effects of illness perceptions and coping. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1353-1360.
- Fok, S. K., Chair, S. Y. i Lopez, V. (2005). Sense of coherence, coping and quality of life following a critical illness. *Journal of advanced nursing*, 49(2), 173-181.
- Foley, K. M. (2004). Treatment of cancer-related pain. *Jnci Monographs*, 32, 103-104.
- Folkman, S. i Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Frederick, L., Page, D. L., Fleming, I. D., Fritz, A. G., Balch, C. M., Haller, D. G. i Morrow, M. (2002). *AJCC cancer staging manual (Vol. 1)*. Springer Science & Business Media.
- George, D. i Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.)*. Boston: Pearson.
- Gravetter, F. i Wallnau, L. (2014). *Essentials of statistics for the behavioral sciences (8th ed.)*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Greco, M. T., Roberto, A., Corli, O., Deandrea, S., Bandieri, E., Cavuto, S. i Apolone, G. (2014). Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *Journal of clinical oncology*, 32(36), 4149-4154.
- Gregurek, R. i Braš, M. (2008). *Psihoonkologija*. Osijek: Grafika Osijek.
- Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Hagger, M. S. i Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health*, 18(2), 141-184.
- Harvey, A. M. (1995). Classification of Chronic Pain—Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. *The Clinical Journal of Pain*, 11(2), 163.
- Havelka, M. (2011). *Zdravstvena psihologija. Psihosocijalni pristup zdravlju*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.

- Heydarnejad, M., Hassanpour, D.A. i Solati, D.K. (2012). Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *African Health Sciences*, 11, 266-270.
- Hirsch, D., Ginat, M., Levy, S., Benbassat, C., Weinstein, R., Tsvetov, G., ... i Shimon, I. (2009). Illness perception in patients with differentiated epithelial cell thyroid cancer. *Thyroid*, 19(5), 459-465.
- Hodges, L. J., Humphris, G. M. i Macfarlane, G. (2005). A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Social Science & Medicine*, 60(1), 1-12.
- Home, R. (1997). *Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement*. London: Harwood Academic.
- Hong, J. S. i Tian, J. (2014). Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients. *Supportive care in cancer*, 22(2), 453-459.
- Hopman, P. i Rijken, M. (2015). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology*, 24(1), 11-18.
- Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (1993). Upitnik dispozicijskog i situacijskog suočavanja sa stresom i njegove psihometrijske značajke. *Godišnjak Zavoda za psihologiju*, 2, 43-63.
- Huston, S.A. i Houk, C.P. (2011). Common Sense Model of Illness in Youth With Type 1 Diabetes or Sickle Cell Disease. *Journal of Pediatric Pharmacology*, 16, 270-280.
- Jadoulle, V., Rokbani, L., Ogez, D., Maccioni, J., Lories, G., Bruchon-Schweitzer, M. i Constant, A. (2006). Coping and adapting to breast cancer: a six-month prospective study. *Bulletin du cancer*, 93(7), 10067-10072.
- Jokić-Begić, N., Bagarić, B. i Jurman, J. (2015). „www.depresija/anksioznost.hr...” – Informacije o depresiji i anksioznosti na internetskim stranicama. *Socijalna psihijatrija*, 43, 209 – 218.
- Jurić, S., Jonjić, D. i Miličević, J. (2016). Kvaliteta života onkoloških bolesnika. *Sestrinski glasnik*, 21(2), 132-136.
- Kaasa, S., Apolone, G., Klepstad, P., Loge, J. H., Hjerstad, M. J., Corli, O... i Caraceni, A. (2011). Expert conference on cancer pain assessment and classification—the need for international consensus: working proposals on international standards. *BMJ supportive & palliative care*, 1, 281–287.

- Kissane, D. W., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D., Bloch, S. i Smith, G. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: A comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 320-326.
- Klikovac, T. (2014). Psychological support and psycho-social relief for women suffering from breast cancer. *Psihološka istraživanja*, 17(1), 77-95.
- Knowles, S. R., Tribbick, D., Connell, W. R., Castle, D., Salzberg, M. i Kamm, M. A. (2014). Exploration of health status, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in stoma patients. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 41(6), 573-580.
- Kus, T., Aktas, G., Ekici, H., Elboga, G. i Djamgoz, S. (2017). Illness perception is a strong parameter on anxiety and depression scores in early-stage breast cancer survivors: a single-center cross-sectional study of Turkish patients. *Supportive Care in Cancer*, 1-9.
- Lambregts, A. J. P. i Bonhof, C. S. (2017). *The Relationship between Illness Perception and Health-Related Quality of Life among Colorectal Cancer Patients: The role of Socioeconomic Status*. Neobjavljeni diplomski rad. Tilburg University: department of Medical and Clinical Psychology
- Lazarus, R.S. i Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lehto, U. S., Ojanen, M. i Kellokumpu-Lehtinen, P. (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 16(5), 805-816.
- Leventhal, H., Brissette, I. i Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. *The self-regulation of health and illness behaviour*, 1, 42-65.
- Leventhal, H., Meyer, D. i Nerenz, D. R. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contributions to medical psychology*. 2, 17-30
- Leventhal, H., Phillips, L. A. i Burns, E. (2016). Modelling management of chronic illness in everyday life: A common-sense approach. *Psihologijske teme*, 25(1), 1-18.
- Llewellyn, C. D., McGurk, M. i Weinman, J. (2007). Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: Is Leventhal's common sense model a useful framework

- for determining changes in outcomes over time?. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(1), 17-26.
- Maxwell, K. (2012). The challenges of cancer pain assessment and management. *The Ulster medical journal*, 81(2), 100.
- McLean, L. M., i Jones, J. M. (2007). A review of distress and its management in couples facing end-of-life cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 603-616.
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental and Clinical Cancer Research*, 27, 32-63.
- Morgan, K., Villiers-Tuthill, A., Barker, M. i McGee, H. (2014). The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC psychology*, 2(1), 50.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. i Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1), 1-16.
- Nuhu, F. T., Odejide, O. A., Adebayo, K. O. i Yusuf, A. J. (2009). Psychological and physical effects of pain on cancer patients in Ibadan, Nigeria. *African journal of psychiatry*, 12(1), 64-70
- Ogden, J. (2017). The Psychology of Health and Illness: an open access course.
- Oliveira, K. G., von Zeidler, S. V., Podestá, J. R., Sena, A., Souza, E. D., Lenzi, J. i Gouvea, S. A. (2014). Influence of pain severity on the quality of life in patients with head and neck cancer before antineoplastic therapy. *BMC cancer*, 14(1), 39.
- Orbell, S., O'Sullivan, I., Parker, R., Steele, B., Campbell, C. i Weller, D. (2008). Illness representations and coping following an abnormal colorectal cancer screening result. *Social Science & Medicine*, 67, 1465- 1474.
- Ozdemiroglu, F., Memis, C. O., Meydan, N., Dogan, B., Kilic, S. M., Sevincok, L. i Karakus, K. (2017). Self-Esteem, Pain and Suicidal Thoughts in a Sample of Cancer Patients. *Journal of Mood Disorders (JMOOD)*, 7(3), 156-62.
- Parker, P., Baile, W., De Moor, C., i Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12, 183-193.
- Peale, N. V. (1996). *Moć pozitivnoga mišljenja*. Zagreb: Barka:.

- Peppercorn, J., Smith, T., Helft, P., DeBono, D., Berry, S. i sur. (2011). American Society of Clinical Oncology Statement: Toward individualized care for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 29(6), 755-760.
- Petriček, G. (2012). *Iskustvo bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2 i infarkta miokarda u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika*. Doktorska disertacija, Zagreb: Medicinski fakultet.
- Petrie, K. i Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6(6), 536-539.
- Petrie, K. J., Jago, L. A. i Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current opinion in psychiatry*, 20(2), 163-167.
- Pibernik-Okanović, M. (2001). Psychometric properties of the World Health Organisation quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia. *Diabetes research and clinical practice*, 51(2), 133-143.
- Pokrajac-Bulian, A. i Ambrosi-Randić, N. (2016). *Illness perception in patients with cardiovascular diseases*. Manuscript submitted for publication.
- Predovan, V. i Stipaničić, S. (2015). Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju onkološkog pacijenta. *Medicina Fluminensis*, 51(3), 413-417.
- Prstačić, M., Eljuga, D., Matijević, A., Nikolić, B., Čepulić, M. i Stepan, J. (2004). Psihosocijalna onkologija. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 40(1), 77-90.
- Rabin, C. i Pinto, B. (2006). Cancer-related beliefs and health behavior change among breast cancer survivors and their first degree relatives. *Psycho- Oncology*, 15(8), 701-712.
- Rabkin, J. G., McElhiney, M., Moran, P., Acree, M. i Folkman, S. (2009). Depression, distress, and positive mood in late-stage cancer: A longitudinal study. *Psycho- Oncology*, 18(1), 79-86.
- Regino, P. A., Elias, T. C., Silveira, C. F., de Araújo Pereira, G., Pissetti, C. W. i da Silva, S. R. (2017). Quality Of Life Of Patients With Breast And Gynecological Cancer Faced With Anticancer Chemotherapy. *International Archives of Medicine*, 10, 1-8.
- Rezaei, F., Doost, H. T. N., Molavi, H., Abedi, M. R. i Karimifar, M. (2014). Depression and pain in patients with rheumatoid arthritis: Mediating role of illness perception. *The Egyptian Rheumatologist*, 36(2), 57-64.

- Rose, J. H., Kypriotakis, G., Bowman, K. F., Einstadter, D., O'Toole, E. E., Mechekano, R., i Dawson, N. V. (2009). Patterns of adaptation in patients living long term with advanced cancer. *Cancer*, 115(18), 4298- 4310.
- Rozema, H., Völlink, T. i Lechner, L. (2009). The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(8), 849-857.
- Ryu, E. (2011). Effects of skewness and kurtosis on normal-theory based maximum likelihood test statistic in multilevel structural equation modeling. *Behavior Research Methods*, 43(4), 1066-1074.
- Sadiković, D. (2016). *Kvaliteta života onkološkog bolesnika*. Neobjavljen završni rad. Zagreb: Zdravstveno veleučilište
- Salander, P. i Windahl, G. (1999). Does 'denial' really cover our everyday experiences in clinical oncology? A critical view from a psychoanalytic perspective on the use of 'denial'. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 72(2), 267-279.
- Santos, L. J. F., Garcia, J. B. D. S., Pacheco, J. S., Vieira, É. B. D. M. i Santos, A. M. D. (2014). Quality of life, pain, anxiety and depression in patients surgically treated with cancer of rectum. ABCD. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 27(2), 96-100.
- Siegel, R., DeSantis, C., Virgo, K., Stein, K., Mariotto, A., Smith, T. i Lin, C. (2012). Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*, 62(4), 220-241.
- Siwik, C., Hicks, A., Phillips, K., Rebholz, W. N., Zimmaro, L. A., Weissbecker, I., i Sephton, S. E. (2017). Impact of coping strategies on perceived stress, depression, and cortisol profiles among gynecologic cancer patients. *Journal of health psychology*, 1359105317740737.
- Skevington, S. M., Lotfy, M. i O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*, 13(2), 299-310.
- Spiegel D, Giese-Davis J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54, 269-282.

- Stanić, K. (2017). *Sestrinska skrb za onkološkog pacijenta u terminalnoj fazi bolesti*. Neobjavljeni završni rad. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
- Stanimirović, L. (2017). Anksioznost i depresivnost kod bolesnika sa karcinomom grlića materice pre operativnog lečenja. *Sestrinska reč*, 21(74), 21-23.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A. i sur. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 875-882
- Stark, D.P. i House, A.(2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer* 83, 1261-7
- Šamija, M. (2005). Suvremeni postupci u sprječavanju, ranom otkrivanju i liječenju raka prostate. *Medicus*, 14(2), 243-250.
- Šekerija, M. (2015). *Incidencija raka u Hrvatskoj*, Bilten br. 38.
- Šekerija, M. (2016). *Incidencija raka u Hrvatskoj*, Bilten br. 39.
- Šprah, L. i Šoštarič, M. (2004). Psychosocial coping strategies in cancer patients. *Radiology and Oncology*, 38(1), 35-42.
- Štifanić, M. (2013). Loša komunikacija i druge liječničke pogreške. *JAHHR-European Journal of Bioethics*, 4(7), 293-327.
- Tešanović, J. (2012). Lokus kontrole i koping strategije kod žena s cervikalnim sindromom. *Godišnjak za psihologiju*, 9(11), 43–56.
- Teunissen, S. C. C. M., De Graeff, A., Voest, E. E. i de Haes, J. C. J. M. (2007). Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliative medicine*, 21(4), 341-346.
- Thomason, T. E., McCune, J. S., Bernard, S. A., Winer, E. P., Tremont, S. i Lindley, C. M. (1998). Cancer pain survey: patient-centered issues in control. *Journal of pain and symptom management*, 15(5), 275-284.
- Thuné-Boyle, I. C., Myers, L. B. i Newman, S. P. (2006). The role of illness beliefs, treatment beliefs, and perceived severity of symptoms in explaining distress in cancer patients during chemotherapy treatment. *Behavioral Medicine*, 32(1), 19-29.
- Torresan, M. M., Garrino, L., Borraccino, A., Macchi, G., De Luca, A. i Dimonte, V. (2015). Adherence to treatment in patient with severe cancer pain: A qualitative

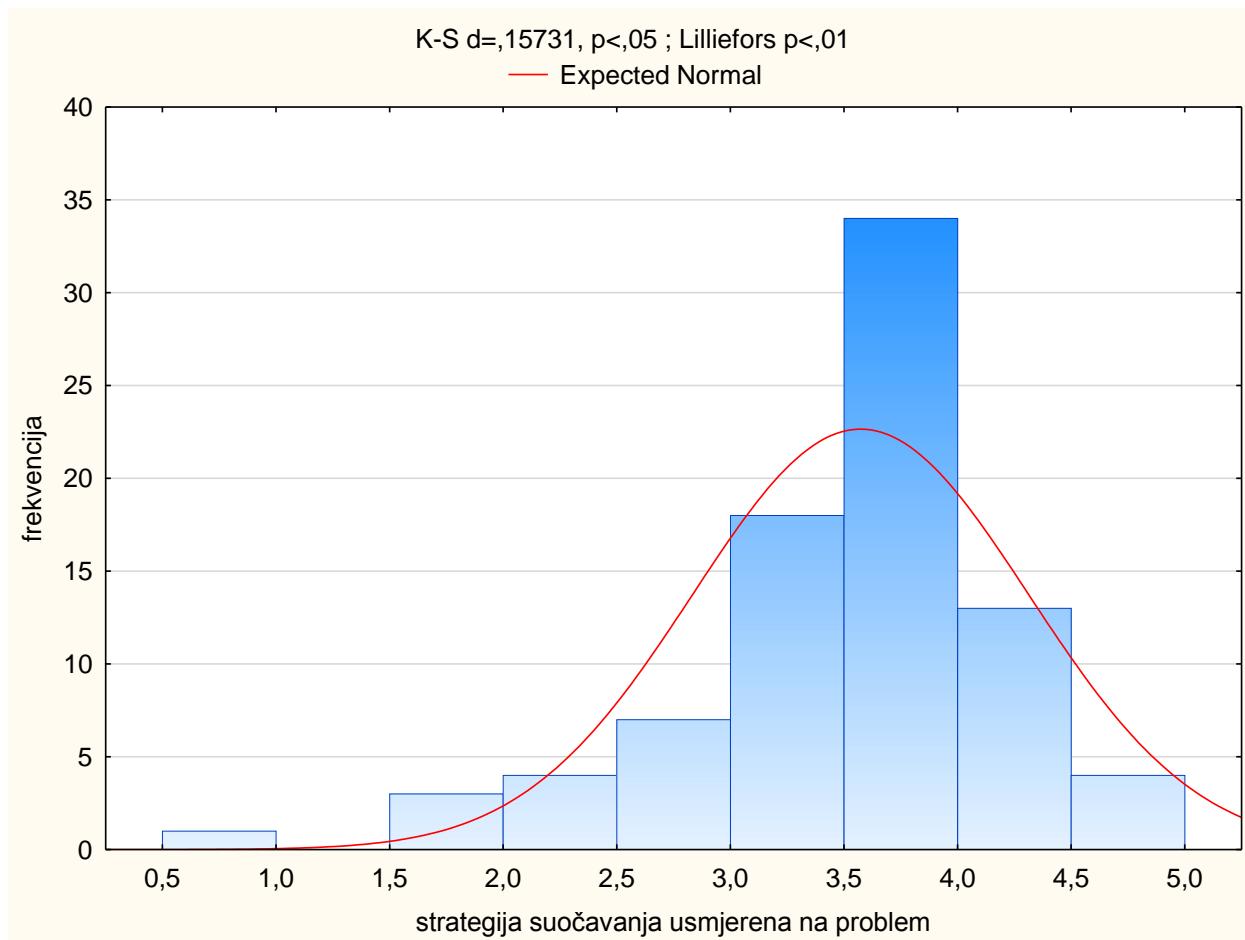
- enquiry through illness narratives. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(4), 397-404.
- Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D. E. i Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and quality of life outcomes*, 6(1), 79
- Twycross, R. (1997) Cancer classification. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 41, 141–145.
- Vitulić, A. (2017). *Percepcija bolesti i emocionalni status kardioloških bolesnika*. Diplomski rad. Rijeka: Filozofski fakultet.
- Vrdoljak, E., Šamija, M., Kusić, Z., Petković, M., Gugić, D. i Krajina, Z. (2013). *Klinička onkologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Vrinten, C., McGregor, L. M., Heinrich, M., Wagner, C., Waller, J., Wardle, J. i Black, G. B. (2017). What do people fear about cancer? A systematic review and meta-synthesis of cancer fears in the general population. *Psycho-oncology*, 26(8), 1070-1079.
- Vuk Pisk, S., Filipčić, I., Bogović, A., Milovac, Ž., Todorčić Laidlaw, I. i Caratan, S. (2017). Maligne bolesti i psihički poremećaji Σ prevalencija, mortalitet, terapijski izazov. *Socijalna psihijatrija*, 45(3), 187-201.
- Vukota, L. i Mužinić, L. (2015). Sustavna psihološka i psihosocijalna podrška ženama oboljelima od raka dojke. *Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 1(2), 97-106.
- Vuković, D. (2016). *Psihološki pristup oboljelima od karcinoma*. Neobjavljen završni rad. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
- Vuković, I. (2015). *Povezanost lokusa kontrole i strategija suočavanja sa stresom s anksioznošću i depresivnošću kod studenata*. Neobjavljeni diplomski rad, Filozofski fakultet u Osijeku: Odsjek za psihologiju.
- Warncke, T., Breivik, H. i Vainio, A. (1994). Treatment of cancer pain in Norway. A questionnaire study. *Pain*.57(1), 109–16
- Weinman, J. i Petrie, K., J. (1997). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*. 42(2), 113-116.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R. i Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health*, 11(3), 431-445.

- Weiss, S. C., Emanuel, L. L., Fairclough, D. L. i Emanuel, E. J. (2001). Understanding the experience of pain in terminally ill patients. *The Lancet*, 357(9265), 1311-1315.
- Zaza, C. i Baine, N. (2002). Cancer pain and psychosocial factors: a critical review of the literature. *Journal of pain and symptom management*, 24(5), 526-542.
- Zigmond, A.S. i Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depressions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Župan, D. (2011). *Povezanost osobina ličnosti, rodnih uloga i strategija suočavanja sa stresom*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.

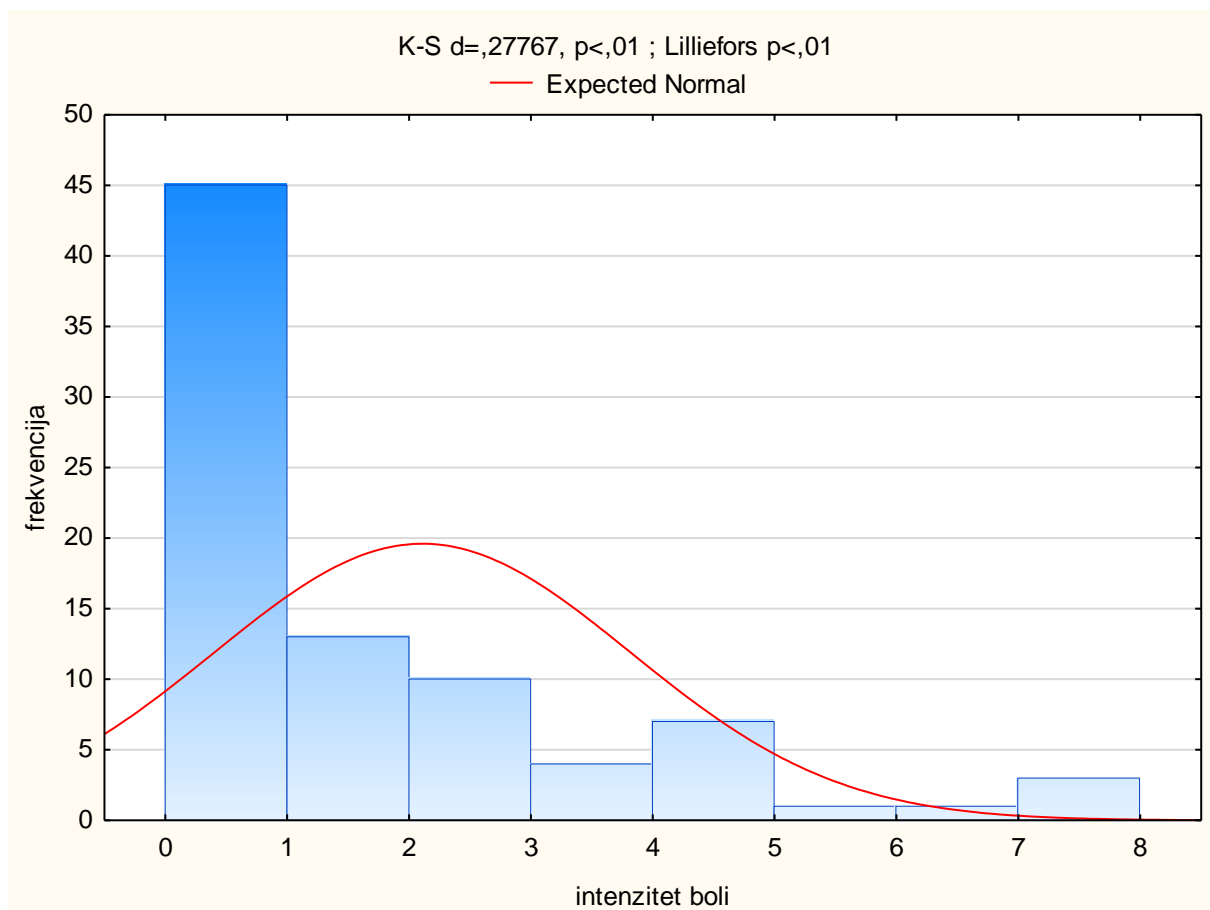
9. Prilozi

9.1.Prilog 1

S obzirom na dobivene rezultate značajnih odstupanja nekih varijabli od normalne distribucije gledajući Kolmogorov- Smirnov test, zanimljivo je isto prikazati i grafički.



Slika 2 Prikaz negativno asimetrične distribucije rezultata strategije suočavanja usmjerene na problem kod onkoloških pacijenata (N=84).



Slika 3 Prikaz pozitivno asimetrične distribucije rezultata intenziteta boli kod onkoloških pacijenata (N=84).

9.2.Prilog 2

Tablica 9 Komentari ispitanika ostavljeni na kraju upitnika

Osjećam tugu, najgora mi je usamljenost. Nemam oca, majku, ženu, sam sam. Bilo bi lijepo imati nekog s kim bi mogao pričati, podijeliti sve ovo. Žena mi se ubila, ne mogu ja ovako.
Bitan je duh. Uvijek se treba nadati najboljem. Ako si depresivan to je kao da si se već predao.
Zabrinuta sam. Najviše zbog djece.
Dok si zdrav ne razmišljaš koliko si sretan. To treba znati cijeniti.
Uz ovu bolest više ne možeš biti isti. Ni fizički, ni psihički. Fizički sam slabija, ali psihički se još nastojim boriti.
U životu ništa nije bolje mjerilo od sudbine.
Fali mi druženje s ljudima, izoliran sam. Sram me priznati dijagnozu (muškarac s rakom dojke).
Uvijek mislim zašto se baš meni ovo moralo dogoditi. Zašto se ja ovako mlad moram boriti s ovim.
Misli na sebe u životu. Brini o svom zdravlju i onda kada misliš kako je sve u redu.
Loše sam volje kad trebam dobiti nalaze. Onda intenzivno razmišljam o bolesti, a inače i ne baš.
Stalno sam tužna. Nemam s kim pričati o bolesti.
Neki ljudi još uvijek misle da je ovo zarazno pa me izbjegavaju.
Mogu jedino zahvaliti obitelji i prijateljima što sam ovako dobro i što me uvijek dižu
Upitnik je bio dosta emotivan za mene. Teško se nosim sa svojim stanjem.
Pitanja su mi neka zbunjujuća jer u ovom trenutku sebe vidim kao nasmijanu i pozitivnu osobu, ali naravno da razmišljam ponekad negativno. Nastojim misliti dobro, a istovremeno ostati „čvrsto nogama na zemlji“ i biti spremna i na eventualno ne tako dobre prognoze.
Ja sam optimist i mislim da će na kraju sve biti dobro, a ako nije dobro to samo znači da još nije kraj. Nastojim ne razmišljati negativno.
Uz dužno poštovanje moram Vam reći kako sam na neka pitanja skroz bez veze odgovarala i da bi bilo puno bolje da ste sami anketirali i pričali s nama. Ja sam na primjer već dva puta operirana, a ovdje se nigdje ne nudi ta opcija.

Carpe diem! (Iskoristi dan)

Bolest sam prihvatila kao da je tako moralo biti i sa svime se nosim što najbolje mogu

Mislim da je upitnik jasan i da sam iskreno odgovorila na sva pitanja.

Treba biti optimist. Treba se boriti. Tuga te ubije. Nema boli i odustajanja. Jača sam ja od raka, ne može on mene uništiti koliko ja mogu njega. Markeri padaju, a padat će i dalje.

Nadam se kako će sve biti u redu. Na početku me bilo strah, a sad sam se pomirila s bolešću i borim se.

Udebljala sam se 8kg i nezadovoljna sam svojim radnim sposobnostima. Rekli su mi da je to zbog lijeka (Astralis) koji pijem pa se nadam da će s prestankom uzimanja biti bolje.

Zbog lošeg podnošenja kemoterapije često sam se osjećala vrlo loše i to je utjecalo na moje raspoloženje

Ne vrijedi život ako nisi optimist.

Život s bolešću je kao rasparana košulja. Zakrpaš malo i nastavljaš dalje. Ta košulja nikad više neće biti ista, ali to ne znači da je se više ne može nositi.
